

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

**Programa TARV.**

**Análise do triénio 2007-2009**

**Trabalho de Campo**

**Raquel dos Santos Almeida Chantre**

**XL Curso de Especialização em Administração Hospitalar**

**Setembro 2012**

**Lisboa**





A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade da sua autora.

## RESUMO

Enquadramento: O ambiente hospitalar é a principal porta de introdução de novos fármacos no hábito de prescrição e os números atuais apontam para gastos na ordem dos mil milhões de euros, justificados pelo maior consumo de medicamentos de cedência gratuita e obrigatória em farmácia hospitalar, nos quais se destaca a terapêutica anti-retrovírica para a infeção VIH/SIDA. O acesso universal à terapêutica disponível permitiu reduzir significativamente a morbilidade e mortalidade associadas à infeção VIH/SIDA conduzindo a sociedade a encará-la como uma doença crónica. Em Portugal, esta problemática tem vindo a ser uma preocupação constante e crescente no domínio das políticas públicas e em 2007, foi introduzido um modelo experimental de financiamento aos prestadores de cuidados de saúde a doentes *naive* com infeção VIH/SIDA (Programa TARV) que se destina ao pagamento de cuidados prestados em regime de ambulatório. A conceção deste programa de contratualização foi idealizada no âmbito da gestão integrada da doença e, para 2012, prevê-se o seu alargamento a todas as unidades hospitalares e a todos os doentes com infeção VIH/SIDA em tratamento.

Objetivos: Descrição e análise do Programa TARV (2007-2009) com a determinação dos principais esquemas terapêuticos utilizados; apuramento do custo médio anual da despesa em medicamentos anti-retrovíricos, por doente; análise evolutiva dos indicadores de adesão e efetividade; e avaliação do processo de contratualização das Instituições em Programa.

Metodologia: Foi disponibilizada pela ACSS a base de dados do Programa TARV com a informação recolhida à data de Abril de 2012. O período temporal em análise corresponde aos anos do Programa TARV com faturação emitida à data de Março de 2012: A base de dados encontra-se dividida em três ficheiros cuja informação foi submetida a tratamento estatístico recorrendo à aplicação SPSS (v.14) e Microsoft Excel (v.2007).

Resultados e Conclusões: O Programa TARV tem tido um bom desempenho no que se refere à promoção no acesso dos doentes com infeção VIH/SIDA à terapêutica anti-retrovírica. Os principais esquemas terapêuticos para o tratamento de doentes *naive* vão ao encontro das *guidelines* terapêuticas e a estimativa realizada apurou custos médios anuais de acompanhamento dos doentes inferiores ao preço compreensivo aplicado no Programa TARV. Os resultados revelam a existência de diferenças significativas entre a produção realizada e a produção contratualizada, assumindo um valor correspondente a 31% do montante global disponibilizado para financiamento do Programa TARV. Por último, face às limitações encontradas, refere-se que modelo de SI utilizado na recolha, processamento e monitorização da informação sobre os doentes em Programa TARV não é o mais adequado para tratar o volume de informação gerado.



*Ao Manel e à Teresa*

## AGRADECIMENTOS

O trabalho de campo apresentado foi uma verdadeira jornada de aprendizagem fruto não só de um esforço pessoal mas também da participação e envolvimento de várias pessoas e Instituições. A todas elas aqui deixo o meu modesto agradecimento pelo seu valioso contributo. Em particular gostaria de agradecer:

VI

À Professora Ana Escoval, orientadora interna da ENSP, pelas suas palavras de motivação e incentivo, pelos ensinamentos partilhados e pelo auxílio na árdua tarefa de descortinar o que se passa por detrás dos números.

Ao Dr. Rui Ivo, orientador externo da ACSS, pela sua disponibilidade e apoio institucional.

À ACSS na pessoa do Dr. Alexandre Lourenço, Dr. Ricardo Mestre, Dr.ª Alexandra Xardoné e Dr. António Covas, pelo apoio científico, pelo tempo dedicado e pelo interesse demonstrado pelo trabalho realizado.

À Dr.ª Raquel Tavares, Dr. José Vera e Dr. António Diniz pelo precioso contributo na validação dos esquemas terapêuticos.

À Dr.ª Isabel Andrade, da ENSP, pela sua orientação e apoio na elaboração das referências bibliográficas.

À Professora Carla Nunes e à Cristiana pela preciosa orientação no tratamento da base de dados.

À Dr.ª Alexandra Campos, da ENSP, pela orientação jurídica na área da infeção VIH/SIDA.

Ao Dr. Miguel Lopes e à Dr.ª Filomena Pereira da *Gilead Sciences*, pela partilha e pela amizade.

Ao Professor Julian Perelman e à Doutora Filipa Aragão pela troca de ideias.

À Dr.ª Vanessa Nicolau (ENSP) e à Dr.ª Tânia Matos (ACSS) pela amabilidade em terem efetuado a revisão do trabalho escrito.

Aos colegas do XL CEAH, em particular à Rita Almeida, Sara Venâncio e Vera Almeida, pelo espírito de companheirismo e entreaajuda que sempre evidenciaram.

À minha família.

## Índice

RESUMO .....	IV
AGRADECIMENTOS.....	VI
Índice.....	VII
Índice de Quadros .....	VIII
Índice de Figuras .....	IX
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS .....	X
LISTA DE SIGLAS TERAPÊUTICAS.....	XI
INTRODUÇÃO .....	1
Objetivos do Trabalho de Campo.....	3
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
Algumas considerações sobre a Política do Medicamento em Portugal.....	4
A despesa com Medicamentos: o Ambulatório Hospitalar .....	7
A Problemática da infeção VIH/SIDA em Portugal.....	11
O Modelo de Financiamento da infeção VIH/SIDA .....	14
METODOLOGIA.....	19
Base de Dados do Programa TARV.....	20
Considerações sobre o ficheiro ‘Consultas’ .....	21
Considerações sobre o ficheiro ‘Recolhas’ .....	22
Considerações sobre o ficheiro ‘Terapêutica’ .....	24
Outras Fontes de Informação .....	28
LIMITAÇÕES DA ANÁLISE.....	31
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	32
Caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV .....	33
Principais esquemas terapêuticos e apuramento do custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovirais.....	43
Indicadores de adesão e efetividade do Programa TARV .....	45
O processo de contratualização nas Instituições com Programa TARV.....	48
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	53
Caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV .....	53

Principais esquemas terapêuticos e apuramento do custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovirais.....	60
Indicadores de adesão e efetividade do Programa TARV .....	62
O processo de contratualização nas Instituições em Programa TARV.....	64
Considerações e Recomendações sobre os SI.....	65
CONCLUSÃO .....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXOS .....	75

## Índice de Quadros

Quadro I. <i>Evolução do Mercado e da Despesa Nacionais com Medicamentos, no período 2005-2010</i> .....	4
Quadro II. <i>Evolução da Despesa com Medicamentos nos Hospitais (2009-2011)</i> .....	8
Quadro III. <i>Distribuição da Despesa por Área de Prestação de Cuidados – 2011</i> .....	8
Quadro IV. <i>Consumo de Medicamentos abrangidos por REC com Dispensa Obrigatória em Farmácia Hospitalar – 2011</i> .....	10
Quadro V. <i>Distribuição do Consumo de Antiviricos por DCI - 2011</i> .....	11
Quadro VI. <i>Listagem das Instituições em Programa TARV</i> .....	19
Quadro VII. <i>Chave Terapêutica para as Terapêuticas Simples</i> .....	26
Quadro VIII. <i>Chave Terapêutica para as Terapêuticas Combinadas</i> .....	27
Quadro IX. <i>Doentes em Programa TARV: Inscritos, Excluídos e Ativos, por Ano</i> .....	33
Quadro X. <i>Número Total de Doentes Inscritos em Programa TARV, por Mês de Inscrição e respetiva Frequência Relativa</i> .....	34
Quadro XI. <i>Total de Doentes Inscritos em Programa TARV, por Instituição</i> .....	35
Quadro XII. <i>Taxa de Crescimento do Número de Novos Doentes em Programa TARV (2007-2008) e (2008-2009), por Instituição</i> .....	36
Quadro XIII. <i>Estatística Descritiva da Variável Idade</i> .....	37
Quadro XIV. <i>Estatística Descritiva da Variável Idade, por Instituição</i> .....	38
Quadro XV. <i>Distribuição da População em Programa TARV por Classe Etária</i> .....	39
Quadro XVI. <i>Número de Recolhas por doente.ano, por Instituição</i> .....	40
Quadro XVII. <i>Média global CD4+ inicial, por ano</i> .....	41
Quadro XVIII. <i>Média CD4+ inicial, por Instituição</i> .....	41
Quadro XIX. <i>Proporção de doentes com carga vírica indetetável, por Instituição</i> .....	42



Quadro XX. <i>‘Top 10’ Esquemas Terapêuticos Iniciais</i> .....	43
Quadro XXI. <i>Representatividade do ‘Top 3’ Esquemas Terapêuticos iniciais por Instituição</i> .....	44
Quadro XXII. <i>Custo médio anual por doente, por Instituição</i> .....	45
Quadro XXIII. <i>Variação da Produção (real-contrato), por Instituição</i> .....	50
Quadro XXIV. <i>Relação entre Produção Realizada e Produção Contratualizada, por Instituição</i> .....	52
Quadro XXV. <i>Deteção de erros de preenchimento do ficheiro ‘Recolhas’</i> .....	59
Quadro XXVI. <i>Comparação entre o preço compreensivo pago e o custo médio estimado, por Instituição</i> .....	61
Quadro XXVII. <i>Significado Financeiro do Resultado do Processo de Contratualização em 2009, por Instituição</i> .....	65

## Índice de Figuras

Figura 1. Estádios de infeção VIH/SIDA: 1983-2011. ....	13
Figura 2. Categorias de transmissão VIH/SIDA: 1983-2011. ....	14
Figura 3. <i>Layout</i> do ficheiro de recolha de dados do Programa TARV.....	20
Figura 4. <i>Layout</i> do ficheiro de recolha da carga vírica e CD4+. ....	23
Figura 5. Evolução temporal do número de doentes inscritos em Programa TARV.....	34
Figura 6. Comparação gráfica da distribuição etária percentual entre a população em Programa TARV e a população notificada ao INSA. ....	39
Figura 7. Frequência relativa dos CD4+ no momento de adesão, por ano.....	42
Figura 8. Indicador 1 – Proporção adesão terapêutica anti-retrovírica.....	46
Figura 9. Indicador 2 – Proporção de abandono de acompanhamento hospitalar. ....	47
Figura 10. Indicador 3 – Proporção de doentes com infeção VIH controlada .....	48
Figura 11. Produção real vs produção contratualizada, para os três anos em análise – A).....	49
Figura 12. Produção real vs produção contratualizada, para os três anos em análise – B).....	49
Figura 13. Evolução da infeção VIH/SIDA.....	56

## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
AIM – Autorização de Introdução no Mercado  
ARN – Ácido Ribonucleico  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CD4+ – Linfócitos T4  
CH – Centro Hospitalar  
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa  
DCI – Denominação Comum Internacional  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
ET – Esquema Terapêutico  
I&D – Investigação e Desenvolvimento  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento  
INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge  
GFT – Grupo Farmacoterapêutico  
HAART – *Highly Active Antirretroviral Therapy*  
M€ – Milhões de Euros  
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
mg - miligramas  
ml - Mililitro  
mm<sup>3</sup> – Milímetro cúbico  
MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
PIB – Produto Interno Bruto  
PPP – Parcerias público-privadas  
REC – Regime Especial de Participação  
SI – Sistema de Informação  
SICA – Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento  
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPA – Sector Público Administrativo  
SPR – Sistema de Preços de Referência  
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*  
TARV – Terapêutica Anti-retrovírica  
ULS – Unidade Local de Saúde  
UNAIDS - *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*  
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana  
WHO (OMS em português) – *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)



## LISTA DE SIGLAS TERAPÊUTICAS

3TC – Lamivudina  
3TC+ABC – Lamivudina+Abacavir  
3TC+AZT – Lamivudina+Zidovudina  
ABC – Abacavir  
ABC+3TC+AZT – Abacavir+Lamivudina+Zidovudina  
ATV – Atazanavir  
ATV/r – Atazanavir com Ritonavir  
AZT – Zidovudina  
d4T – Estavudina  
ddI – Didanosina  
DRV – Darunavir  
DRV/r – Darunavir com Ritonavir  
EFV – Efavirenze  
EFV+FTC+TDF – Efavirenze+Emtricitabina+Tenofovir  
ETV – Etravirina  
ETV/r – Etravirina com Ritonavir  
FPV – Fosamprenavir  
FPV/r – Fosamprenavir com Ritonavir  
FTC – Emtricitabina  
FTC+TDF – Emtricitabina+Tenofovir  
IDV – Indinavir  
IDV/r – Indinavir com Ritonavir  
LPV/r – Lopinavir  
MVC – Maraviroc  
NFV – Nelfinavir  
NVP – Nevirapina  
RAL – Raltegravir  
RAL/r – Raltegravir com Ritonavir  
RTV – Ritonavir  
SQV – Saquinavir  
SQV/r – Saquinavir com Ritonavir  
TDF – Tenofovir  
TPV – Tipranavir

## INTRODUÇÃO

Trinta e três anos após a sua criação, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continua a representar um importante trunfo na expressão da política social portuguesa, porque assegura o direito à saúde de todos os cidadãos, direito esse consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, de 1976. No entanto, tendo em consideração o contexto de crise económico-financeira que o país hoje atravessa e as condições do Programa de Assistência Financeira acordadas para Portugal pela *troika*, em Maio de 2011, importa questionar a sustentabilidade do sistema de saúde português, tornando-se imperativo dar prioridade à discussão de questões relacionadas com a contenção de custos, racionalização de despesas e melhoria da eficiência económica do próprio sistema.

1

Neste contexto, o Programa do XIX Governo Constitucional contemplou como objetivos estratégicos, entre outros, a melhoria da qualidade e acesso aos cuidados de saúde tanto a nível da organização como da prestação; a promoção do protagonismo do cidadão no sistema; e a preocupação com a garantia da sustentabilidade financeira do sistema de saúde português (Governo de Portugal, 2011a).

Também o Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (Governo de Portugal, 2011b) refere como objetivo principal para a área da saúde, o aumento da eficiência e eficácia do sistema promovendo uma utilização mais racional dos serviços e controlo das despesas. Para tal, defende que a estratégia necessária passa por uma intervenção específica na despesa pública com medicamentos, admitindo uma redução considerável para valores na ordem dos 1,25% do PIB em 2012 e dos 1% do PIB em 2013. Traduzindo estes valores para o contexto atual, esta medida implica que, em 2012, o ritmo de redução da despesa pública em medicamentos seja de 46,8 M€ por mês (Costa, Santana & Lopes, 2011).

Efetivamente, o setor do medicamento tem constituído uma importante fonte de despesa para o SNS nos últimos anos. De acordo com os dados apresentados no Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (Ribeiro *et al.*, 2011), a despesa pública total com medicamentos em 2010 representou 1,67% do PIB, ultrapassando os 2,8 mil M€, e o grande responsável foi o crescimento da despesa hospitalar com medicamentos que atingiu os mil M€ em 2010. Nas circunstâncias atuais, existe uma preocupação válida com a monitorização da despesa com medicamentos a nível hospitalar e o enfoque deverá ser dado ao estudo da

despesa com medicamentos dispensados em ambulatório hospitalar, uma vez que esta representa cerca de 70% da despesa com produtos farmacêuticos, quando consideramos conjuntamente a dispensa em Hospital de Dia e em Consulta Externa. Concretamente, o Grupo Farmacoterapêutico (GFT) que mais contribuiu para esta despesa foi o grupo dos medicamentos anti-retrovíricos, cuja dispensa exclusiva em farmácia hospitalar conduziu a gastos correspondentes a aproximadamente 61% da despesa com medicamentos em ambulatório hospitalar (valores para o período de Janeiro-Setembro de 2011) (Ribeiro *et al.*, 2011).

A problemática da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) tem representado ao longo dos últimos trinta anos uma importante questão de saúde pública, a nível mundial. Em 2010, os valores apontavam para cerca de 34 milhões de pessoas infetadas em todo o Mundo, com uma taxa de prevalência de 0,8% (UNAIDS, 2011). Em Portugal, no final de 2011, encontravam-se notificados 41.035 casos de VIH/SIDA, nos diferentes estadios de infeção (INSA, 2012).

A infeção VIH/SIDA assume características de condição crónica e foi após a introdução da terapêutica HAART (*highly active antirretroviral therapy*), no final da década de 90, que se verificou uma melhoria significativa na qualidade de vida e no aumento da sobrevivência da população infetada com VIH (Reis, Guerra e Lencastre, 2010), assistindo-se a uma mudança do modelo de utilização dos recursos: passagem de cuidados centrados no internamento para o ambulatório (Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida, 2007). Esta transformação teve como consequência um aumento dos custos com medicamentos, que ultrapassaram os custos de internamento e cuidados paliativos (Carvalho, 2007).

Atualmente, o estado de arte no tratamento desta infeção é custo-efetivo porque está associado a benefícios substanciais de morbilidade e mortalidade, e assume uma estrutura de custos dominada pelo peso relativo da despesa com anti-retrovíricos (Gazzard & Jones, 2006; SMART Study Group, 2006).

Em Portugal, a infeção VIH/SIDA tem sido acompanhada exclusivamente em ambiente hospitalar, em duas vertentes: ambulatório (Consulta Externa e Hospital de Dia) e internamento, e cada doente que, de acordo com as normas nacionais de terapêutica, é clinicamente considerado um candidato a tratamento com anti-retrovíricos, tem acesso gratuito aos medicamentos.

Em 2007 passou a ser contratualizada uma modalidade experimental de pagamento adicional de cuidados prestados em ambulatório, apenas aplicável a novos doentes entrados em terapêutica (doentes *naive*), vulgarmente designado por Programa TARV (ACSS, 2006). Para este ano (2012), o contrato-programa introduz uma alteração neste modelo e prevê o alargamento da linha de financiamento para o tratamento em ambulatório de pessoas que vivem com a infeção VIH/SIDA, abrangendo todos os doentes em tratamento (ACSS, 2012), ficando por definir o sistema de recolha e monitorização de informação.

## **Objetivos do Trabalho de Campo**

Com base na realidade retratada, pretende-se nas próximas páginas apresentar uma descrição e análise do Programa TARV, para os anos 2007, 2008 e 2009, considerando os seguintes desafios:

- Caracterizar a população VIH/SIDA em Programa TARV;
- Determinar os principais esquemas terapêuticos e apurar o custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovíricos, por doente, por ano;
- Analisar evolutivamente os indicadores de adesão e efetividade do Programa;
- Avaliar o processo de contratualização das Instituições em Programa;
- Expor e analisar os procedimentos e sistemas de informação hospitalares envolvidos nos processos de recolha e monitorização da informação;
- E, finalmente, refletir sobre a possibilidade de replicar este modelo para outras doenças/grupos de doentes identificados como fonte de elevados encargos para o SNS, como forma de controlar a despesa em ambulatório hospitalar.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Algumas considerações sobre a Política do Medicamento em Portugal

Nos últimos dez anos, a maioria dos países da OCDE, incluindo Portugal, tem vindo a debater-se com um problema de insuficiência de recursos para a saúde devido ao crescimento acentuado da despesa a um ritmo muitas vezes superior ao crescimento do PIB dos vários países (Escoval *et al.*, 2010b). Segundo a WHO (2011), a despesa total em saúde para Portugal, em 2010, foi superior a nove mil M€ e representou 11% do PIB nacional.

Entre os fatores determinantes para esta evolução na despesa encontramos o aumento da esperança média de vida e consequente inversão da pirâmide demográfica, o aumento da prevalência das doenças crónicas e ainda o desenvolvimento e introdução de inovações tecnológicas no mercado.

No âmbito das inovações tecnológicas, o enfoque recai sobre o setor do medicamento que desempenha um papel central em qualquer sistema de saúde (Ribeiro *et al.*, 2011). O Quadro I apresenta a evolução do mercado e da despesa com medicamentos, nos últimos anos.

**Quadro I. Evolução do Mercado e da Despesa Nacionais com Medicamentos, no período 2005-2010**

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Mercado Total (M€)</b>	3.905	3.979	4.132	4.249	4.294	4.238
<b>Mercado Ambulatório (M€)</b>	3.105	3.162	3.288	3.353	3.321	3.238
<b>Variação (%)</b>	2,80	1,84	3,98	1,98	-0,95	-2,50
<b>Despesa Hospitalar com Medicamentos (M€)</b>	800	817	843	895	972	1.003
<b>Variação (%)</b>	12,70	2,13	3,18	6,17	8,60	3,19
<b>Despesa Pública Total com Medicamentos em %PIB</b>	1,68	1,59	1,49	1,56	1,67	1,67

Fonte: adaptado de Ribeiro *et al.*, 2011 (dados do Infarmed)

Da sua análise verifica-se que a despesa neste setor aumentou de forma significativa, quer em valor absoluto (M€), quer em comparação com a riqueza do país (%PIB), atingindo valores totais, em 2010, superiores a quatro mil M€, que correspondem a 1,67% do PIB.

O maior contributo para este crescimento é alcançado pelo aumento da despesa hospitalar com medicamentos que, em 2010, ultrapassou os 1.000 M€, face à desaceleração da componente de gastos no mercado ambulatório, que apresentou valores percentuais de variação negativos nos dois últimos anos de análise.

Esta tendência evolutiva que o setor do medicamento apresenta, deu origem a medidas políticas especificamente direcionadas para o objetivo principal de conter os encargos do SNS com medicamentos, quer a nível do ambulatório quer em ambiente hospitalar (Barros & Nunes, 2011).

De acordo com Costa, Santana e Lopes (2011) e Barros e Nunes (2011) o mercado do medicamento apresenta características próprias que condicionam a política aplicada a este setor. Segundo estes autores, em primeiro lugar existem diversos agentes de mercado com interesses opostos: os fornecedores (Indústria farmacêutica, grossistas e farmácias), o médico prescriptor, o doente e o agente pagador (Estado, com diferentes regimes de comparticipação). Adicionalmente para os medicamentos, existem barreiras à entrada em mercado impostas através do processo de autorização de introdução no mercado (AIM) e do sistema de patentes em vigor (Costa, Santana & Lopes, 2011).

A contenção da despesa pública com medicamentos pode, teoricamente, ser alcançada de três formas distintas: através da redução dos preços pagos, através da redução das quantidades consumidas (que pressupõe à partida modificações comportamentais com alteração do padrão de prescrição) e/ou através da transferência dos custos do SNS para o cidadão (Barros & Nunes, 2011).

A política do medicamento adotada pelos sucessivos governos dos últimos anos tem-se traduzido numa tentativa de implementar medidas de carácter estruturante e reformador que incluíram a política de medicamentos genéricos, o sistema de preços de referência (SPR), as sucessivas alterações ao regime de comparticipação do preços dos medicamentos, a introdução dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), a prescrição por denominação comum internacional (DCI) e ainda a introdução da dispensa de medicamentos por unidose (Ivo, 2011).

Recentemente, os autores Barros e Nunes (2011), Ivo (2011) e Silva (2012) consideraram que estas medidas implementadas em Portugal foram de curto prazo e ficaram muito aquém do pretendido, traduzindo-se apenas numa redução administrativa dos preços aplicada de forma generalizada e no aumento dos encargos dos cidadãos, não alterando a dinâmica de crescimento do setor. Os autores Costa, Santana e Lopes (2011) afirmam também que as medidas aplicadas falharam a cumprir os objetivos que se propunham.



Para que se altere esta tendência, uma política do medicamento deve ser mais abrangente e ter como enfoque central não apenas a redução dos custos mas também a preocupação com o acesso, a qualidade e a utilização racional do medicamento (Barros & Nunes, 2011). Esta racionalidade traduz-se pela avaliação das opções terapêuticas tendo em conta a sua efetividade.

É preciso ter presente que a implementação deste tipo de medidas deve ser sempre acompanhada da monitorização da evolução da utilização e despesa, para uma melhor compreensão do seu efeito no mercado do medicamento (Furtado & Oliveira, 2011). Neste âmbito, os autores Costa, Santana e Lopes (2011) afirmam que é necessário existir um sistema de informação que permita conhecer o perfil de prescrição por profissional, monitorizando o padrão de prescrição e os fatores que o determinam e, adicionalmente, que permita recolher informação necessária à formulação de medidas supletivas. No entanto, esta monitorização tem sido dificultada pela inexistência de um modelo e/ou metodologia de avaliação prévia das políticas públicas (Barros & Nunes, 2011).

Os desafios para os próximos anos devem então passar pela adoção de medidas que espelhem uma visão integrada para o medicamento. O Programa apresentado pelo XIX Governo Constitucional, tendo como base as medidas acordadas no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (assinado em Maio de 2011), contempla a seguinte política para o setor do medicamento, em vigor durante a presente Legislatura (Governo de Portugal, 2011a):

- Implementar a prescrição obrigatória por DCI;
- Generalizar a prescrição eletrónica de medicamentos e o seu alargamento progressivo a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) evitando o erro, duplicação de exames, fraude e proliferação de custos desnecessários;
  - Desenvolver orientações terapêuticas (*guidelines*) para a prescrição de medicamentos nos hospitais e ambulatório, com base na farmacologia clínica e estudos de custo-efetividade nacionais e internacionais e, simultaneamente, introduzir um sistema de auditoria à sua aplicação;
  - Aumentar a quota de mercado dos medicamentos genéricos e incentivar a prescrição dos mesmos com a remoção de barreiras administrativas e legais à sua entrada no mercado e comparticipação;
  - Implementar um sistema de informação que permita a monitorização do consumo dos medicamentos e MCDT;

- Aperfeiçoar o sistema de preços, com uma revisão do sistema de comparticipação do medicamento;
- Implementar a dispensa de medicamentos em dose individual (unidose);
- Centralizar o sistema de aprovisionamento com uma gestão comum no âmbito da negociação, aquisição e distribuição de produtos médicos e farmacêuticos.

7

Analisando criticamente o exposto, algumas medidas enunciadas já foram anteriormente aplicadas mas sem o carácter determinante e incisivo com que aqui aparecem referidas, reforçando uma perspetiva mais estratégica. Esta reorientação requer políticas mais amplas e foge da lógica exclusivamente preocupada com o controlo de custos e disponibilidade orçamental, privilegiando uma avaliação responsável, transparente e rigorosa do valor do medicamento, seja em termos terapêuticos, seja em termos económicos (Ivo, 2011).

### **A despesa com Medicamentos: o Ambulatório Hospitalar**

A principal característica do setor do medicamento é a capacidade de inovar, colocando anualmente à disposição da população novos fármacos. O ambiente hospitalar é a principal porta de introdução destes novos medicamentos no hábito de prescrição. Basta ver que, atualmente, cerca de 2/3 dos novos fármacos autorizados em cada ano são para utilização hospitalar ou implicam a dispensa obrigatória pelos hospitais (Ribeiro *et al.*, 2011).

A inovação tecnológica é então um dos principais fatores determinantes da despesa e maioritariamente responsável pela tendência crescente do peso da despesa com medicamentos a nível hospitalar face à despesa total em medicamentos: 21% em 2008, 22,6% em 2009 e 23,7% em 2010 (Costa, Santana & Lopes, 2012; Ribeiro *et al.*, 2011).

Mais recentemente, o Infarmed divulgou os dados do consumo de medicamentos em meio hospitalar para o primeiro semestre de 2012. Num total de 52 Instituições (considerando apenas os Hospitais do SNS com gestão pública), a despesa com medicamentos em 2012 já ultrapassou os 519 M€ (quadro II). No entanto, este valor representa um decréscimo de 1,2% relativamente ao primeiro semestre de 2011.

**Quadro II. Evolução da Despesa com Medicamentos nos Hospitais (2009-2011)**

Período	Valor (M€)	Variação Homóloga
<b>2009</b>	997,32	-
<b>2010</b>	1.028,08	3,10%
<b>2011</b>	1.040,89	1,20%
<b>2012</b>	519,53*	-

Fonte: Infarmed, 2012

8

Nota - \*o valor apresentado para 2012 refere-se apenas ao consumo no período Janeiro-Junho 2012.

Da análise do Quadro II verifica-se também que, apesar da despesa hospitalar em medicamentos estar a aumentar anualmente, tem existido um abrandamento da sua taxa de crescimento, com uma redução na variação em período anual homólogo de quase dois pontos percentuais. Só a longo prazo poderá avaliar-se se este cenário representa uma inversão nos gastos hospitalares com medicamentos.

No quadro seguinte (quadro III) apresenta-se o resumo da despesa hospitalar em medicamentos, por área de prestação de cuidados. Os valores referem-se a 2011 e incluem informação de 57 Hospitais do SNS.

**Quadro III. Distribuição da Despesa por Área de Prestação de Cuidados – 2011**

Áreas	Valor (M€)	Peso Relativo	Variação Homóloga
<b>Consulta Externa</b>	421,48	41,63%	3,83%
<b>Hospital de Dia</b>	310,60	30,68%	3,92%
<b>Internamento</b>	173,73	17,16%	-7,40%
<b>Urgência</b>	18,40	1,82%	-8,97%
<b>Outras áreas</b>	88,31	8,72%	-
<b>Total</b>	1.012,52	100%	1,32%

Fonte: Infarmed, 2011

Nota – A rubrica 'Consulta Externa' inclui os medicamentos dispensados nos serviços farmacêuticos hospitalares.

Observa-se que a área hospitalar com maior consumo de medicamentos é a consulta externa (farmácia hospitalar), responsável por cerca de 42% da despesa total. Aliás, o maior segmento de consumo de medicamentos é o ambulatório hospitalar integrando as áreas Consulta Externa e Hospital de Dia. Conjuntamente, estas áreas apresentaram, em 2011, encargos superiores a 730 M€, representando 72,3% da despesa com medicamentos em meio hospitalar. Ressalva-se que o setor do ambulatório hospitalar inclui, tradicionalmente, a cirurgia de ambulatório, área de prestação de cuidados que se encontra fora do âmbito do estudo aqui apresentado.

De igual forma, verifica-se que o ambulatório hospitalar apresenta uma tendência de consumo crescente com taxas de crescimento de 3,8% para a Consulta Externa e 3,9% para o Hospital de Dia. Simultaneamente, observa-se uma desaceleração nos custos associados ao Internamento e Urgências, com taxas de crescimento negativas de 7,40% e 8,97%, respetivamente.

Segundo o Infarmed (2011), esta tendência de crescimento do ambulatório hospitalar tem vindo a ser observada nos últimos anos e deve-se ao maior consumo de medicamentos de cedência gratuita e obrigatória em farmácia hospitalar (*e.g.* medicamentos anti-retrovíricos) e à maior utilização de medicamentos que são administrados em Hospital de Dia.

Os autores Barros e Nunes (2011) na sua obra “10 anos de Política do Medicamento em Portugal” defendem que os maiores fatores de crescimento no segmento do mercado do medicamento hospitalar são a terapêutica do VIH/SIDA e as terapêuticas oncológicas. De acordo com o Infarmed (2011) os principais GFT, em termos de consumo de medicamentos, são os Imunomoduladores (24%), os Antivíricos (22%) (onde se incluem os anti-retrovíricos) e os Citotóxicos (10%), cujo valor conjunto de consumo ultrapassa os 566 M€, para 2011.

De seguida apresenta-se informação sobre o consumo dos principais medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia hospitalar abrangidos por um Regime Especial de Comparticipação (REC) (quadro IV), no qual se incluem os medicamentos anti-retrovíricos. Esta despesa representou, em 2011, 34% do total dos encargos com medicamentos a nível hospitalar, com um valor de 345,3 M€.

**Quadro IV. Consumo de Medicamentos abrangidos por REC com Dispensa Obrigatória em Farmácia Hospitalar – 2011**

REC	Valor (M€)	Peso Relativo	Variação Homóloga	Legislação aplicável
<b>Terapia VIH/SIDA</b>	210,02	60,82%	10,46%	Despacho n.º 5772/2005 (2ª série), de 27/12/2004
<b>Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante, Artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas</b>	64,04	18,55%	15,41%	Despacho n.º 18419/2010, alterado pelo Despacho n.º 1845/2011 e Declaração de Retificação n.º 286/2011 e em alguns casos Despacho n.º 4466/2005 alterado pelo Despacho n.º 30994/2008
<b>Esclerose Múltipla</b>	34,97	10,13%	-3,32%	Despacho n.º 11728/2004, de 17 de Maio
<b>Profilaxia da Rejeição Aguda do Transplante Cardíaco, Renal ou Hepático</b>	10,95	3,17%	-8,40%	Despacho n.º 6818/2004, de 10 Março e Despacho n.º 3069/2005
<b>Hepatite C</b>	9,52	2,76%	-17,89%	Despacho n.º 1522/2003, de 13 de Novembro e Portaria n.º 274/2004, de 2 de Fevereiro
<b>Total (medicamentos com REC)</b>	345,36	100%	7,80%	

Fonte – Infarmed, 2011

Destes dados evidencia-se que o consumo de medicamentos anti-retrovíricos apresentou, em 2011, valores superiores a 210 M€ o que representa cerca de 61% do consumo total de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e sujeitos a um REC. As rubricas seguintes com maior peso na despesa são, abreviadamente, a artrite reumatoide (18,55%) e a esclerose múltipla (10,13%). Em termos de crescimento, e de forma global, o consumo de medicamentos sujeitos a um REC cresceu 7,8% face a 2010. Concretamente, o consumo de medicamentos anti-retrovíricos cresceu cerca de 10,5% face ao período homólogo e o consumo de terapêutica para a artrite reumatoide apresentou uma taxa de crescimento na ordem dos 15,5%.

Em Anexo I apresenta-se uma compilação da principal legislação aplicada aos medicamentos indicados para o tratamento da infeção pelo VIH/SIDA.

No próximo quadro (quadro V) apresenta-se o top 10 da distribuição do consumo do GFT dos medicamentos antivíricos e pode verificar-se que os medicamentos anti-retrovíricos para a infeção VIH/SIDA são o subgrupo com maior representatividade, responsáveis por cerca de 84% do consumo.

**Quadro V. Distribuição do Consumo de Antivíricos por DCI - 2011**

DCI	Valor (M€)	Peso Relativo	Variação Homóloga
Emtricitabina + Tenofovir	47,26	21,21%	12,47%
Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir	31,51	14,14%	38,39%
Lopinavir + Ritonavir	20,73	9,31%	-10,64%
Atazanavir	20,50	9,20%	12,55%
Abacavir + Lamivudina	14,15	6,35%	46,55%
Efavirenz	12,91	5,80%	-8,55%
Darunavir	11,14	5,00%	98,77%
Tenofovir	10,40	4,67%	4,63%
Raltegravir	9,73	4,37%	31,52%
Lamivudina + Zidovudina	8,29	3,72%	-31,93%
Outras Substâncias Ativas	36,15	16,23%	-6,93%
<b>Total</b>	<b>222,76</b>	<b>100,00%</b>	<b>9,24%</b>

Fonte – Infarmed, 2011

Para um total consumido de 222,8 M€, em 2011, os antivíricos integram 22% da despesa total com medicamentos a nível hospitalar. A taxa de crescimento de 9,24% face ao ano de 2010 prende-se com a maior utilização das associações fixas para o tratamento do VIH/SIDA: um aumento de 38,4% no consumo de Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz (nome comercial Atripla), um aumento de 12,5% no consumo de Emtricitabina + Tenofovir (nome comercial Truvada) e um aumento de 46,5% no consumo de Abacavir + Lamivudina (nome comercial Kivexa). As substâncias ativas mais recentes no mercado, como o Darunavir ou o Raltegravir, também apresentam importantes crescimentos na despesa (98,8% e 31,5%, respetivamente).

## A Problemática da infeção VIH/SIDA em Portugal

A epidemia VIH/SIDA, que assume atualmente a designação de doença crónica, representa um dos maiores desafios de saúde pública, constituindo globalmente uma ameaça ao desenvolvimento, à segurança e ao equilíbrio internacional (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2011).

No final de 2010, um número estimado de 34 milhões de pessoas (entre 31,6 e 35,2 milhões de pessoas) viviam com a infeção VIH em todo o Mundo, correspondendo a um aumento de 17% nos últimos dez anos (UNAIDS, 2011). Esta realidade retrata dois fenómenos: um contínuo de novas infeções pelo VIH e, simultaneamente, uma expansão significativa do acesso à terapia anti-retrovírica, o que ajudou a reduzir o número de mortes relacionadas com a SIDA, especialmente nos anos mais recentes (Matic, 2006; UNAIDS, 2011).

Em Portugal, desde 2004 que a infeção VIH/SIDA tem vindo a ser uma preocupação constante e crescente no domínio das políticas públicas e uma das áreas principais de intervenção do SNS, que se responsabiliza pela prestação de cuidados de saúde aos indivíduos infetados pelo VIH, em todas as fases da doença (ACSS, 2006 e 2007a). Inclusivamente, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 propôs que a infeção VIH/SIDA fosse reconhecida oficialmente como doença crónica com consequente regulamentação, para que toda a medicação necessária, particularmente a não-retrovírica, pudesse ser dispensada gratuitamente (Ministério da Saúde, 2004).

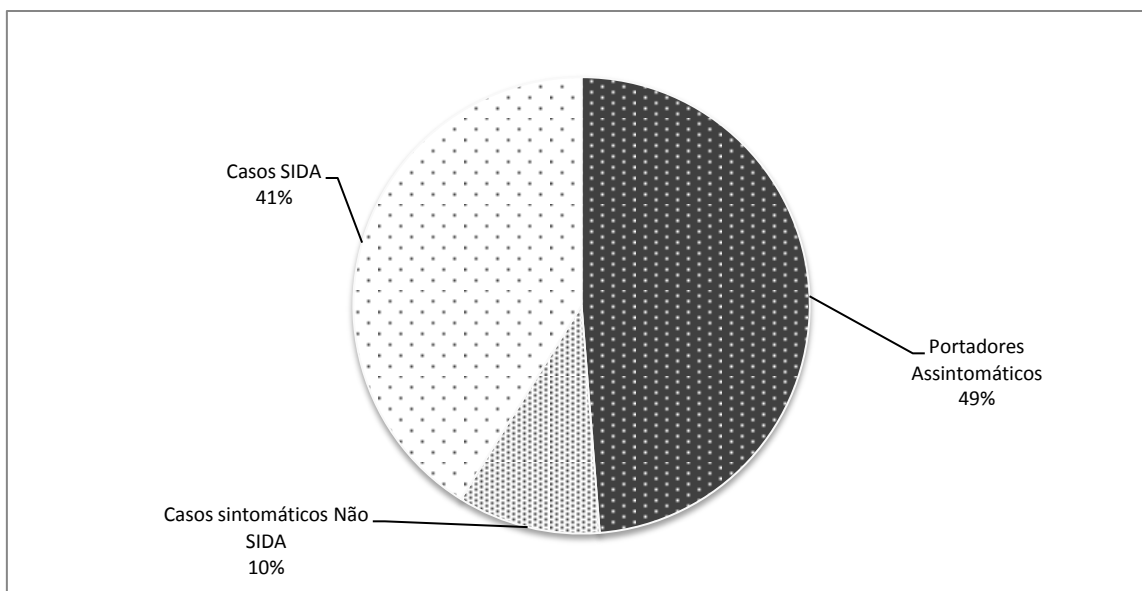
No nosso país, o primeiro caso de infeção por VIH/SIDA foi diagnosticado em 1983. Desde essa data e até ao final de 2011, foram notificados 41.035 casos de VIH/SIDA (total acumulado), nos diferentes estadios de infeção (INSA, 2012). Cerca de 74% dos casos infetados notificados são do sexo masculino enquanto 26% pertencem ao sexo feminino, com predomínio da faixa etária dos 25-44 anos (INSA, 2012). Esta informação reforça a consciência que esta infeção atinge principalmente a população masculina ativa mas não é exclusiva deste segmento populacional.

A informação estatística sobre a infeção VIH/SIDA é passível de ser reavaliada periodicamente devido ao fenómeno da subnotificação e da demora em reportar os casos. O relatório conjunto da CPLP e UNAIDS intitulado “Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa” no final de 2010, refere uma estimativa, na população portuguesa (geral), de cerca de 20 mil pessoas, por diagnosticar (CPLP/UNAIDS, 2010).

O Organismo nacional responsável pela vigilância da infeção VIH/SIDA é o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) mais concretamente, o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT). Desde 2005, que esta infeção integra a lista de doenças com declaração obrigatória (Portaria n.º 103/2005, de 25 de Janeiro) com direito a uma folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da infeção por VIH e que consta da Portaria 258/2005, de 16 de Março, presente no Anexo II.

De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica para a Infeção VIH/SIDA na Europa (EuroHIV) e o INSA existem três estadios de infeção passíveis de serem identificados, para fins de notificação: o estadio inicial de infeção pelo VIH designado ‘assintomático’; o estadio com presença de sintomas que caracteriza esta infeção, mas que não apresenta qualquer patologia da lista de doenças definidoras de SIDA designado ‘caso sintomático não-SIDA’; e o estadio terminal designado ‘SIDA’. É com base nesta classificação que o INSA elabora anualmente o relatório de vigilância epidemiológica da infeção VIH/SIDA.

Tendo em conta os diagnósticos notificados pelos médicos ao INSA (total acumulado a 31 de Dezembro de 2011), e uma vez que não existe nenhum sistema de notificação laboratorial (CPLP/UNAIDS, 2010), foi estimado que 49% (19.995) dos casos reportados em Portugal são portadores ‘assintomáticos’, 41% (16.880) são casos de ‘SIDA’ e 10% (4.160) são casos ‘sintomáticos não-SIDA’, conforme mostra a figura seguinte.



**Figura 1. Estádios de infecção VIH/SIDA: 1983-2011.**

Fonte – INSA, 2012

Deve ter-se em consideração que estes dados epidemiológicos se referem a situações clínicas passíveis de alterações, com consequente evolução do estádio, podendo originar uma reclassificação epidemiológica. Pode considerar-se que a grande maioria das notificações, em Portugal, são feitas numa fase inicial da infeção/doença.

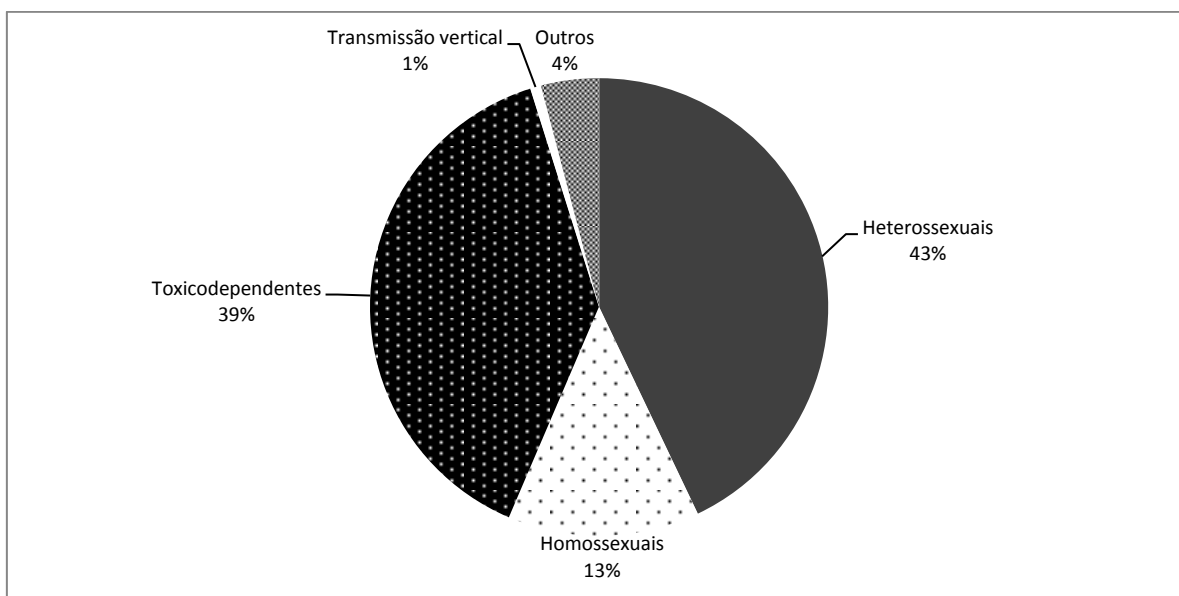
Das notificações recebidas até 2011, o estádio ‘SIDA’ foi o que apresentou o maior número de mortos por doenças oportunistas, com 7.856 casos (cerca de 47%) comparativamente aos portadores ‘assintomáticos’ com 918 casos (cerca de 5%) (INSA, 2012). Adicionalmente, sobre a taxa de mortalidade desta doença o Instituto Nacional de Estatística (INE) refere que, em 2009, por cada 100.000 habitantes, 6,2 pessoas morriam devido ao vírus da Imunodeficiência Humana (INE, 2012).

Na problemática da infeção VIH/SIDA é importante salientar que, Portugal é um dos países europeus onde a infeção por VIH2 apresenta um papel mais evidente, devido à existência de um grande núcleo de população de origem africana (CPLP/UNAIDS, 2010). Assim, dos 16.880



casos notificados de 'SIDA' no país até 2011, 527 foram causados pelo vírus VIH2 e 211 casos referem-se a co-infecções de VIH1 e VIH2 (INSA, 2012).

Quando se considera a categoria de transmissão da infeção, 42,9% dos casos reportados em Portugal são adquiridos através de relações heterossexuais, 38,7% foram associados ao consumo de drogas por via endovenosa (toxicodependentes), 13,5% foram associados a relações homossexuais e apenas 0,8% teve origem na transmissão de mãe para filho (transmissão vertical), como se mostra na figura seguinte.



**Figura 2. Categorias de transmissão VIH/SIDA: 1983-2011.**

Fonte – INSA, 2012

Até ao ano de 2003, a transmissão da infeção VIH/SIDA pelo uso de drogas injetáveis era o modo de transmissão mais frequente (CPLP/UNAIDS, 2010) mas, presentemente, o maior número de casos notificados acumulados até 2011 corresponde a infeções com origem em relações heterossexuais.

## O Modelo de Financiamento da infeção VIH/SIDA

A cronicidade da infeção VIH/SIDA, a melhoria da esperança de vida e o prolongamento do período assintomático, promovidos em grande medida pelas terapêuticas anti-retrovíricos disponíveis, a par dos reconhecidos custos sociais e económicos que lhe estão associados, levaram, em 2007, a Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA e a Comissão para a Contratualização (ACSS) a desenvolver um modelo de financiamento hospitalar experimental

adicional para a infeção VIH/SIDA, com aplicação inicial ao contrato-programa de 2007 e que se destina ao pagamento dos cuidados prestados em regime de ambulatório (ACSS, 2006).

O modelo de financiamento (vulgarmente designado por Programa TARV) encontra-se regulamentado na circular normativa n.º 6 de 06/08/2007 da ACSS (ACSS, 2007a), presente no Anexo III, e destina-se aos doentes com infeção VIH que iniciaram pela primeira vez terapêutica anti-retrovírica (doentes *naive*), cujas orientações terapêuticas foram produzidas no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de VIH/SIDA. Foi estabelecido com as instituições do SNS que acompanhavam um número de doentes superior a quatrocentos, que no conjunto seguiam cerca de 90% dos doentes em tratamento, a nível nacional (ACSS, 2007a).

Este modelo de financiamento hospitalar compreende vários objetivos (ACSS, 2007b; Lopes, 2010): garantir o acesso ao melhor tratamento disponível, de acordo com o estado da arte, aos utentes infetados por VIH; promover medidas ativas de adesão à terapêutica e de qualidade de cuidados; aumentar a racionalização da prestação de cuidados, garantindo a sua qualidade, equidade e acessibilidade; aumentar a transparência e rigor financeiro (prestador e financiador); fortalecer a capacidade negocial das unidades hospitalares, possibilitando o planeamento e orçamentação da prestação de cuidados; e implementar um modelo de gestão integrada da doença.

O modelo de financiamento aplicado prevê que sejam apenas elegíveis os doentes notificados ao CVEDT-INSA e que cumpram um dos seguintes critérios de inclusão (ACSS, 2006 e 2007a):

- Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- Doentes com contagens de células CD4+ <350 células CD4+/mm<sup>3</sup>;
- Doentes com contagens de células CD4+ > 350 células CD4+/mm<sup>3</sup> e cumulativamente carga vírica > 100.000 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml;
- Situações clínicas especificamente justificadas (*e.g.* gravidez).

Existem igualmente critérios de permanência dos doentes em Programa TARV, uma vez que os doentes transitam de um ano para o seguinte (ACSS, 2007b):

- A Unidade Hospitalar é obrigada a reportar anualmente os registos relativos às atividades do Programa (ficha de inclusão, ficha de dispensa de TARV, ficha de

monitorização). Estes registos são indispensáveis ao controlo da faturação e respetivo pagamento;

- O doente deve exibir carga vírica indetetável, após 24 semanas de tratamento (efetividade);
- O doente deve contactar a instituição hospitalar (consulta, levantamento de terapêutica ou análise de carga vírica) pelo menos duas vezes/ano, salvo situações devidamente justificadas.

A monitorização dos cuidados prestados nesta modalidade de pagamento é um processo efetuado em níveis distintos (ACSS, 2006 e 2007a):

- A nível hospitalar, quer na Consulta Externa quer na Farmácia Hospitalar, com o preenchimento da Ficha de Inclusão do doente (quando o doente inicia a terapêutica); da Ficha de Monitorização da Consulta Externa (preenchida em cada consulta com os dados clínicos); e da Ficha de Dispensa de Medicamento da Farmácia Hospitalar.

- A nível da Direção Clínica da Unidade Hospitalar, com a centralização de toda a informação. É também a este nível que se efetua o reporte mensal do número de doentes a faturar.

- A nível da tutela, com a participação da ARS (Administração Regional de Saúde), da ACSS e da Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA, com o papel de validação da informação reportada. Neste âmbito, a ACSS lançou, em Novembro de 2010, um documento intitulado “Programa TARV - doentes em terapêuticas antiretrovíricas” (ACSS, 2010) com o intuito de esclarecer as Instituições que participam no Programa TARV sobre todas as questões relativas ao processo de reporte, monitorização e validação da informação gerada e sobre a faturação dos doentes em Programa.

Assumindo que os cuidados prestados no Programa só são válidos com a adesão (permanência) do doente, o modelo de financiamento previu a atribuição do volume de financiamento mediante a concretização de objetivos (ACSS, 2010), traduzindo-se, na prática, pelo cumprimento das metas estabelecidas na definição dos indicadores de monitorização (ACSS, 2006):

- Proporção Adesão Terapêutica Anti-retrovírica: “*Número de doentes que não levantam terapêutica na data prevista sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa*” cuja meta é ser inferior a 5%;

- Proporção de Abandono de Acompanhamento Hospitalar: *“Número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa”* cuja meta é ser inferior a 5%;
- Proporção de Doentes com infecção VIH Controlada: *“Número de doentes que mantêm cargas víricas indetetáveis após 6 meses de início da TARV sobre o total de doentes em terapêutica à mais de 6 meses para o período em causa”* cuja meta é ser superior a 70%.

O valor previsto para o financiamento de cada novo doente em terapêutica foi inicialmente de 920€/doente/mês (ACSS, 2007a), ou seja, um valor anual de 11.040€/doente, que se manteve até 2011 (inclusive). Este preço integra todos os atos médicos, diagnóstico e tratamento e é calculado com base em três fatores (ACSS, 2006; Lopes, 2010): custos previsíveis com a terapêutica (seguindo as recomendações terapêuticas de acordo com o estado da arte), com determinação do custo tendo por base os preços de aquisição do catálogo da ACSS; indicações padrão quanto a meios de diagnóstico com determinação de custos tendo por base os valores constantes da Portaria n.º567/2006 (em vigor em 2007); e o custo de cada consulta externa, determinado com base na Portaria já referida.

No Programa TARV, o preço pago por cada novo doente pode ser considerado um preço compreensivo, cuja definição é dada por Escoval *et al.* (2010a) como sendo: *“o valor médio por doente para um determinado período de tempo, que engloba o conjunto de atos clínicos, medicamentos e outras atividades considerados essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades associadas a alguns grupos de doentes, mas cuja efetivação está dependente do cumprimento dos parâmetros de qualidade e segurança do doente, aferidos através de um conjunto de indicadores de resultado”*.

Fora deste pacote ficou, até 2012, o pagamento das sessões de hospital de Dia de Infeciologia associados aos doentes VIH/SIDA. Para este ano, o contrato-programa prevê o alargamento da linha de financiamento para o tratamento em ambulatório de pessoas que vivem com a infecção VIH/SIDA, abrangendo todos os doentes em tratamento, dado ser uma área prioritária de saúde pública (ACSS, 2012), com a redução do preço compreensivo para 846,40€/doente/mês. Este contrato prevê ainda, como consequência a eliminação da linha de pagamento de Hospital de Dia de Infeciologia.

No Programa, o desempenho das Instituições aderentes é avaliado pela ACSS mediante a elaboração de um relatório anual – relatório de avaliação do Programa TARV, que incide sobre a adesão ao Programa e eficácia terapêutica (ACSS, 2006).

É ainda necessário fazer-se a seguinte ressalva: originalmente, em 2007, o plano de construção deste modelo de financiamento previa a sua integração numa visão mais global. Como referido um dos seus objetivos era implementar um modelo de gestão integrada da doença e a adoção de um modelo de financiamento hospitalar com o estabelecimento de um preço compreensivo por cada doente *naive* de VIH serviria como alicerce para o estabelecimento das duas etapas seguintes (ACSS, 2006): a determinação de custos por doente de acordo com a gravidade e complexidade, com o desenvolvimento de um sistema para definir os cuidados prestados e custos associados a cada estadió da infeção VIH/SIDA, ocorrência de co-morbilidades e experiência terapêutica; e a monitorização e gestão da doença, com o desenvolvimento de um SI de suporte à recolha e tratamento dos dados da infeção VIH/SIDA.

Esta última etapa tem vindo a ser desenvolvida e foi recentemente posta em prática com a introdução do SI.VIDA, Sistema Informático do VIH/SIDA, que se prevê estar operacional, até ao final de 2012, em todas as instituições hospitalares com doentes VIH em tratamento.

A nível europeu, há que realçar o novo projeto do Reino Unido que, a partir de 2013, passará a dispor de um modelo "*pay for performance*" para o seguimento de doentes com infeção VIH/SIDA em regime de ambulatório, e que contempla o pagamento de um valor anual por doente (ainda em fase piloto). Apesar de não contemplar a despesa com fármacos anti-retrovíricos, o modelo financia os cuidados prestados aos doentes dividindo-os em três escalões: um primeiro escalão para doentes recém-diagnosticados ou que iniciam terapêutica, um segundo escalão para doentes em terapêutica há mais de um ano, e um terceiro grupo para doentes que apresentem complicações ou co-morbilidades (dificuldades de adesão, desenvolvimento de resistências, interações medicamentosas, entre outras). Os valores deste último escalão são os mais elevados, seguindo-se os do primeiro, no pressuposto que, durante este primeiro ano, os doentes requerem mais apoio e realizam MCDT com maior frequência (Department of Health Payment by Results team, 2012).

Simultaneamente, com o arranque deste novo modelo, será implementado um novo SI, o HARS (*HIV and AIDS Reporting System*), que substituirá os modelos anteriores e que contempla o envio e validação da informação *online* numa base trimestral, permitindo aos serviços centrais e locais reagirem com mais prontidão.

## METODOLOGIA

Para a prossecução dos objetivos delineados no presente estudo e para efeitos da análise da linha de financiamento VIH/SIDA, foi utilizada a base de dados do Programa TARV da ACSS para os anos 2007, 2008 e 2009.

O período temporal em análise foi selecionado por corresponder aos anos do Programa TARV com faturação emitida (à data de Março de 2012), cujos dados correspondentes se encontram validados pela ACSS.

No quadro seguinte é apresentada a listagem das Instituições consideradas em Programa TARV para cada ano em análise.

**Quadro VI. Listagem das Instituições em Programa TARV**

Ano 2007	Ano 2008	Ano 2009
-	-	CH de Cascais (PPP)
CH de Coimbra, EPE	CH de Coimbra, EPE	CH de Coimbra, EPE
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE
CH Lisboa Central, EPE	CH Lisboa Central, EPE	CH Lisboa Central, EPE
CH Lisboa Norte EPE	CH Lisboa Norte EPE	CH Lisboa Norte EPE
CH Lisboa Ocidental, EPE	CH Lisboa Ocidental, EPE	CH Lisboa Ocidental, EPE
CH de Setúbal, EPE	CH de Setúbal, EPE	CH de Setúbal, EPE
-	-	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE
-	Hospital Nossa Sr.ª do Rosário, EPE	Hospital Nossa Sr.ª do Rosário, EPE
Hospital Curry Cabral, EPE	Hospital Curry Cabral, EPE	Hospital Curry Cabral, EPE
Hospital de Faro, EPE	Hospital de Faro, EPE	Hospital de Faro, EPE
Hospital Garcia de Orta, EPE	Hospital Garcia de Orta, EPE	Hospital Garcia de Orta, EPE
Hospital Joaquim Urbano, SPA	Hospital Joaquim Urbano, SPA	Hospital Joaquim Urbano, SPA
Hospital de São João, EPE	Hospital de São João, EPE	Hospital de São João, EPE
Hospitais Universitários de Coimbra, EPE	Hospitais Universitários de Coimbra, EPE	Hospitais Universitários de Coimbra, EPE
ULS Matosinhos, EPE	ULS Matosinhos, EPE	ULS Matosinhos, EPE
<b>Total 13 Instituições</b>	<b>Total 14 Instituições</b>	<b>Total 16 Instituições</b>

Fonte - ACSS

No âmbito dos objetivos definidos foram adicionalmente consultadas as seguintes fontes de informação:

⇒ Relatório anual de vigilância epidemiológica da infeção VIH/SIDA para o ano de 2011 (INSA, 2012);

⇒ Relatórios de avaliação de desempenho do Programa TARV (2007, 2008 e 2009) elaborados pela ACSS, para consulta dos indicadores de adesão e efetividade: ‘Indicador 1 - Proporção de adesão terapêutica anti-retrovírica’, ‘Indicador 2 - Proporção de abandono de acompanhamento hospitalar’ e ‘Indicador 3 – Proporção de doentes com infeção VIH controlada’.

⇒ Base de dados do SICA (Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento) da ACSS, para consulta de informação relativa à contratualização efetuada por cada Instituição em Programa TARV, no que respeita a produção (n.º de doentes) contratualizada e realizada para os anos de 2007, 2008 e 2009.

## Base de Dados do Programa TARV

A base de dados do Programa TARV é da responsabilidade da ACSS e é coligida em formato Access a partir da informação constante no ficheiro *Excel* denominado “Quadro de monitorização e acompanhamento trimestral”, submetido individualmente por cada Instituição aderente. Esta informação serve de suporte à monitorização, controlo de faturação do Programa e respetivo pagamento, dando origem também a um relatório de avaliação anual do desempenho de cada Instituição.

A figura 3 representa uma adaptação do *layout* do ficheiro *Excel*, que consiste num SI muito simples de recolha de dados. A informação solicitada e constante nesses ficheiros serviu de ponto de partida para a seleção das variáveis a analisar neste estudo, e refere-se aos parâmetros ‘Código do Utente’, ‘Consultas Agendadas’, ‘Levantamentos de Terapêutica’, ‘Terapêutica’ e ‘Análises Laboratoriais’.

Programa Nacional de Saúde -VIH/SIDA											
Utente		Últ. Consulta agendada		Levant. da Terapia		Terap_1	Terap_2	Terap_3	Terap_4	Recolha de Amostras para Análises	
Código	Data Prev.	Presença	Data Prev.	Compareceu	DCI	DCI	DCI	DCI	Data	Valor de Carga Vírica (Cópias ARN VH1/ml)	Valor de CD4+ (cél. CD4+/mm <sup>3</sup> )

Figura 3. *Layout* do ficheiro de recolha de dados do Programa TARV.

Fonte – ACSS, 2007

As regras de preenchimento do ficheiro de recolha de dados, assim como as questões relativas ao processo de monitorização, validação e faturação foram alvo de um documento divulgado

pela ACSS, em Novembro de 2010, intitulado “Programa TARV – doentes em terapêuticas antiretrovíricas. Processo de monitorização” (ACSS, 2010).

A informação relativa ao parâmetro ‘Código do Utente’ é de preenchimento obrigatório, assim como a informação relativa ao parâmetro ‘Consultas Agendadas’, quer a data quer a confirmação de presença, e a informação relativa ao parâmetro ‘Levantamento da Terapêutica’, quer a data quer a confirmação de comparência. De igual forma e por último, relativamente ao parâmetro ‘Amostras para análise’, a data e o valor de carga vírica ou o valor de CD4+ são também de preenchimento obrigatório.

No preenchimento deste ficheiro, toda a informação solicitada deve estar relacionada com um utente, ou seja, toda a informação constante em cada linha do ficheiro a submeter deverá identificar o doente a quem a informação diz respeito (código do utente). Toda a informação é tratada de forma independente mesmo que se encontre registada na mesma linha (ACSS, 2010).

Para facilitar a análise de toda a informação, a base de dados do Programa TARV foi repartida em três ficheiros *Excel*: ‘Consultas’, ‘Terapêutica’ e ‘Recolhas’. A recolha da informação foi feita em Abril de 2012.

Após ser disponibilizada pela ACSS para este estudo, a base de dados do Programa TARV foi submetida a uma auditoria, no sentido mais lato do termo, realizada para avaliar a consistência e fiabilidade da informação disponibilizada e corrigir erros associados ao preenchimento do ficheiro.

### **Considerações sobre o ficheiro ‘Consultas’**

As variáveis que integram a caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV foram obtidas diretamente do tratamento da informação constante no ficheiro ‘Consultas’, ficheiro esse que contém a identificação de todos os doentes VIH/SIDA, por Instituição aderente, assim como as primeiras datas das consultas por eles realizadas (N\_inicial = 4.017 casos).

É pertinente definir-se alguns conceitos utilizados no âmbito da metodologia adotada para a obtenção e tratamento das variáveis em estudo:



- N.º total de doentes em Programa: refere-se ao número total de doentes que se encontram inscritos em Programa TARV e cuja informação foi validada pela ACSS, incluindo os doentes excluídos (Limitação n.º2).
- N.º de doentes excluídos: refere-se ao número total de doentes que foram excluídos do Programa TARV por razões de ordem diversa (não cumprir critérios de inclusão, não contactar a Instituição à mais de 6 meses, ter abandonado a terapêutica, transferência para outra unidade, etc.).
- N.º de doentes ativos: refere-se ao número total de doentes considerados em Programa pois cumprem os critérios de permanência do Programa TARV.
- N.º total de doentes em Programa por data de inscrição: no que diz respeito à data de inscrição considera-se o mês da data em que ocorreu a primeira consulta (na primeira consulta é tomada a decisão de incluir o doente e é realizado o preenchimento da ficha de inclusão no Programa TARV).
- A taxa de crescimento do n.º de novos doentes em Programa pretende apurar a capacidade de captação de novos doentes, por Instituição e é calculada pela fórmula:

$$\frac{\sum n.º \text{ novos doentes ano } (n + 1) - \sum n.º \text{ novos doentes ano } n}{\sum n.º \text{ novos doentes ano } n} (\%)$$

- Variável Idade: é considerada a idade do doente na data em que entrou no Programa TARV (data da primeira consulta). Esta variável é calculada com base no 'código do utente' cuja *string* numérica representa a data de nascimento do doente. Uma vez determinada a data de nascimento do doente, a sua idade é calculada com base na diferença entre esta e a data da primeira consulta realizada.

O tratamento estatístico da informação foi executado no *SPSS* (v.14) e *Microsoft Excel* (v.2007).

### Considerações sobre o ficheiro 'Recolhas'

O ficheiro 'Recolhas' contém a identificação de todos os doentes VIH/SIDA que se inscreveram no Programa, por Instituição aderente, bem como as datas e valores de recolha da carga vírica e de CD4+, de acordo com o *layout* que se apresenta na figura seguinte.

Instituição	Utente	Data Recolha	Carga Vírica	ValorCD4+
			(cópias ARN VIH1/ml)	(cél. CD4+/mm <sup>3</sup> )
HHHHHHH	*****	29-04-2009	57	435

Figura 4. *Layout do ficheiro de recolha da carga vírica e CD4+.*

Uma vez que o ficheiro em Excel permite o preenchimento livre, em valores numéricos, dos parâmetros em consideração, tornou-se necessário depurar a informação constante no ficheiro 'Recolhas' (Limitação n.º5).

23

Assim, partindo de um conjunto inicial de 18.351 registos de recolha de análises (N\_inicial = 18.351 casos) aplicou-se a seguinte metodologia, de acordo com as indicações clínicas sobre os intervalos aceitáveis para os parâmetros em estudo:

1. Remoção de episódios residuais que não integram o Programa (representam 0,01%);
2. Cálculo da variável 'Número de Recolhas doente.ano', por Instituição;
3. Exclusão dos valores de CD4+ em branco (representam 3,98%);
4. Exclusão dos valores de CD4+ fora do intervalo clínico aceitável [0-5.000] células CD4+/mm<sup>3</sup> e/ou fora dos parâmetros clínicos de recolha (Saag *et al.*, 2012) (representam 0,01%);
5. Exclusão dos valores de carga vírica em branco (representam 4,15%);
6. Exclusão dos valores de carga vírica inferior a 20 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml (Saag *et al.*, 2012) (representam 22,85%);
7. Exclusão dos valores de carga vírica superior a 10.000.000 de cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml (Saag *et al.*, 2012) (representam 0,03%);
8. Aplicação do filtro 'n.º células CD4+/mm<sup>3</sup> = 0' e exclusão dos casos em que a carga vírica é inferior a 10.000 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml (Saag *et al.*, 2012) (representam 0,07%);

O número de registos obtido representa 68,9% do conjunto inicial (N = 12.644 casos).

É pertinente definir-se alguns conceitos utilizados no âmbito da metodologia adotada para a obtenção e tratamento das variáveis em estudo:

- N.º de recolhas doente.ano, por Instituição: esta variável é calculada com base no número total de recolhas efetuadas em cada Instituição e no número total de meses que o doente esteve em tratamento considerando a diferença entre a última e a primeira data de recolha, seguindo a formula:

$$\frac{\frac{N.º \text{ total de recolhas}}{\sum \text{ meses em Programa}}}{12} \quad (n.º)$$

- Critério de Inclusão: valores iniciais CD4+:

⇒ Seleção dos casos correspondentes à data da primeira recolha efetuada (N=3.793 casos) e foi realizada uma avaliação considerando três critérios: média de CD4+ iniciais por ano, média de CD4+ iniciais por Instituição e frequência relativa dos CD4+ iniciais por classe, por ano.

- N.º de doentes com carga vírica indetetável após 6 meses de terapêutica:

⇒ Seleção dos doentes que apresentavam carga vírica indetetável (inferior a 50 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml) na primeira data de recolha, no período compreendido entre os 6 e os 12 meses de terapêutica (ACSS, 2007b; Saag *et al.*, 2012) (N = 755 doentes);

⇒ Aplicação da fórmula:

$$\frac{\sum n.º \text{ de doentes com cargas víricas indetetáveis}}{\sum n.º \text{ total de doentes em terapêutica há mais de 6 meses}} \quad (\%)$$

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no *SPSS* (v.14) e *Microsoft Excel* (v.2007).

## Considerações sobre o ficheiro ‘Terapêutica’

No ficheiro ‘Terapêutica’ a principal preocupação prendeu-se com a verificação da informação sobre os esquemas terapêuticos utilizados, assumindo que a restante informação já tinha sido alvo prévio do processo de verificação de ‘Situações Não Conformes’ realizado pela ACSS para fins de validação da faturação (ACSS, 2010).

Uma vez que o parâmetro ‘Terapêutica’ também é um campo livre, existem várias hipóteses de preenchimento destacando-se, entre outras: letras maiúsculas e/ou letras minúsculas, preenchimento por DCI e/ou nome comercial, com ou sem sigla terapêutica, com ou sem referência à dosagem do medicamento, em associação terapêutica com outros anti-retrovirais ou isoladamente, em associação com outros GFT, em branco (uma vez que não era de preenchimento obrigatório) ou com outro tipo de considerações não relacionadas com a terapêutica.

Esta variabilidade de informação permite, admitindo o pior cenário, obter um esquema terapêutico por campo de preenchimento (quatro opções) e por data de levantamento, o que gera muita informação desagregada.

Por esta razão, optou-se por realizar, em colaboração com a ACSS, a uniformização dos esquemas terapêuticos, partindo dos seguintes pressupostos:

- ⇒ Interesse exclusivo na terapêutica anti-retrovírica;
- ⇒ Os esquemas terapêuticos podem ser constituídos, no máximo, por associações de quatro medicamentos (para cada data de levantamento);
- ⇒ A uniformização incluiu, a pedido da ACSS, a informação de todos os anos compilados na base de dados do Programa TARV (até Abril de 2012): 2007, 2008, 2009 e 2010.

Partindo de um total de 236.742 observações constantes da base de dados em *Access*, referentes ao parâmetro “Terapêutica”(N\_inicial = 236.742 casos) a metodologia adotada foi a seguinte:

1. Efetuou-se um levantamento, por frequência, da informação reportada nos quatro campos existentes para o efeito e ordenou-se a informação resultante por ordem decrescente. Obteve-se um total de 476 tipos de registo distintos;
2. Procedeu-se à classificação e agrupamento desta informação com o auxílio da Infomed – Base de dados de medicamentos, disponibilizada no sítio do Infarmed (Infarmed, 2012) que permitiu aceder à listagem atualizada dos medicamentos pertencentes ao GFT dos medicamentos anti-retrovíricos. Neste procedimento também foram consultadas as *guidelines* terapêuticas (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2009). O agrupamento da informação realizou-se da seguinte forma:
  - Os medicamentos anti-retrovíricos simples (independentemente da forma como foram reportados) foram considerados como terapêutica simples e transformados na correspondente sigla terapêutica. Construiu-se a seguinte “chave” para mapear as terapêuticas simples:

Quadro VII. *Chave Terapêutica para as Terapêuticas Simples*

Sigla Terapêutica	DCI
3TC	Lamivudina
3TC (150mg) *	Lamivudina (150 mg)
ABC	Abacavir
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
d4T	Estavudina
ddI	Didanosina
DRV	Darunavir
EFV	Efavirenze
ETV	Etravirina
FPV	Fosamprenavir
FTC	Emtricitabina
IDV	Indinavir
LPV/r	Lopinavir
MVC	Maraviroc
NFV	Nelfinavir
NVP	Nevirapina
RAL	Raltegravir
RTV	Ritonavir
SQV	Saquinavir
TDF	Tenofovir
TPV	Tipranavir

**Nota \*** – a subdivisão da Lamivudina em Lamivudina e Lamivudina 150mg é necessária porque esta última dosagem é utilizada nas associações terapêuticas: Abacavir+Lamivudina+Zidovudina e Lamivudina+Zidovudina

- As associações de medicamentos anti-retrovíricos foram, nesta fase apenas classificadas como terapêutica combinada (sigla TC);
- A restante informação (valores em branco, medicamentos pertencentes a outros GFT, considerações de outra natureza, etc.) foi integrada na categoria ‘Não considerar’ (sigla NC).

Obteve-se um total de 22 terapêuticas simples (correspondentes a 201.828 casos) e 15 terapêuticas combinadas (correspondentes a 27.059 casos). A categoria “Não considerar” equivaleu a 3,32% do valor total inicial.

3. A pedido da ACSS, procedeu-se ao agrupamento dos medicamentos pertencentes a outros GFT, expandido a categoria ‘Não considerar’ para uma subcategoria denominada ‘Outros’ que correspondeu a 2.448 casos, ou seja, 1,02%. Esta informação

não foi utilizada no âmbito deste trabalho mas foi mapeada e ficou disponível para uma posterior utilização ou consulta;

4. Transformou-se as terapêuticas combinadas nas respetivas siglas terapêuticas, de acordo com a seguinte chave:

**Quadro VIII. Chave Terapêutica para as Terapêuticas Combinadas**

Sigla Terapêutica	DCI
<b>3TC+ABC</b>	Lamivudina+Abacavir
<b>3TC+AZT</b>	Lamivudina+Zidovudina
<b>ABC+3TC+AZT</b>	Abacavir+Lamivudina+Zidovudina
<b>ATV/r</b>	Atazanavir com Ritonavir
<b>DRV/r</b>	Darunavir com Ritonavir
<b>EFV+FTC+TDF</b>	Efavirenz+Emtricitabina+Tenofovir
<b>ETV/r</b>	Etravirina com Ritonavir
<b>FPV/r</b>	Fosamprenavir com Ritonavir
<b>FTC+TDF</b>	Emtricitabina+Tenofovir
<b>IDV/r</b>	Indinavir com Ritonavir
<b>RAL/r</b>	Raltegravir com Ritonavir
<b>SQV/r</b>	Saquinavir com Ritonavir

5. Aplicou-se o mapeamento efetuado, agregou-se e combinou-se a informação dos quatro campos disponíveis (conteúdo 1+ conteúdo 2+ conteúdo 3+ conteúdo 4) originando os esquemas terapêuticos realizados. Não foram mapeados os esquemas terapêuticos com frequência inferior a 50 casos (representam 7,6%). Estes esquemas residuais foram agrupados sob a designação 'Esquemas residuais' (ETrsd).

O resultado foi a formação de 71 esquemas terapêuticos, frutos da uniformização da informação disponibilizada, e o mapeamento de 92,4% da informação (N\_final = 47.074 casos);

6. Por último, para validar esta metodologia, os esquemas terapêuticos obtidos foram analisados por três médicos especialistas em Doenças Infecciosas, pertencentes a hospitais no distrito de Lisboa, aderentes ao Programa TARV. Esta análise foi feita individualmente por cada médico e o contato foi direto e/ou via *e-mail*.

A título exemplificativo pode ser consultada a tabela de medicamentos anti-retrovíricos presente no Anexo 4.

É pertinente definir-se alguns conceitos utilizados no âmbito da metodologia adotada para a obtenção e tratamento das variáveis em estudo:

- Esquemas Terapêuticos iniciais:

⇒ Seleção dos registos que representavam o primeiro levantamento terapêutico de cada utente, de acordo com a data de levantamento (ordem crescente);

⇒ Apuramento, por frequência relativa, do top-10 dos esquemas terapêuticos iniciais e análise;

⇒ Desagregação do top-10 por Instituição, e análise.

- Custo médio anual de doente *naive*, por Instituição:

⇒ Uma vez que na base de dados não consta informação sobre a dosagem e/ou posologia dos medicamentos que integram os esquemas terapêuticos apurados (limitação n.º7), procedeu-se à validação dos mesmos com base nas *guidelines* terapêuticas em vigor no período temporal considerado (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2009) inferindo-se, novamente como auxílio dos três médicos especialistas em Doenças Infecciosas, quais as dosagens e posologias mais frequentemente prescritas aos doentes *naive*;

⇒ De seguida, procedeu-se ao cálculo do custo dos esquemas terapêuticos apurados (top-10) com base nos preços constantes do catálogo de aprovisionamento público da saúde (SPMS, 2012);

⇒ De acordo com a informação presente na Portaria nº. 839A/2009, efetuou-se o cálculo do custo do acompanhamento mínimo indispensável para a manutenção do doente em Programa TARV: duas consultas anuais e duas análises anuais de carga vírica e valores de CD4+.

⇒ O cálculo do custo anual com a terapêutica foi realizado com base no custo de cada esquema e na frequência relativa do mesmo em cada Instituição.

$$\frac{\sum (\text{Custo mensal ETx} \times \text{Freq. relativa ETx na Instituição})}{\sum \text{Freq. relativas ET na Instituição}} \times 12 \text{ (€/ano)}$$

⇒ Soma final do custo anual da terapêutica ao custo do acompanhamento ao doente, por Instituição.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no *SPSS* (v.14) e *Microsoft Excel* (v.2007).

## Outras Fontes de Informação

É pertinente esclarecer-se alguns aspetos relativamente à utilização de fontes de informação adicionais.

No que diz respeito à utilização do Relatório anual de vigilância epidemiológica da infeção VIH/SIDA para o ano de 2011 (INSA, 2012): os dados epidemiológicos nacionais (n.º de notificações recebidas pelo INSA) utilizados como *proxy* da realidade portuguesa contabilizam todos os casos notificados entre 1983 e 2009, independentemente do seu estado (vivo/morto) e do seu estadió de notificação.

Os Relatórios de avaliação de desempenho do Programa TARV (2007, 2008 e 2009), elaborados pela ACSS, foram utilizados para consulta dos indicadores de monitorização do Programa:

- *‘Indicador 1 - Proporção de adesão terapêutica anti-retrovírica’:*

$$\frac{N.º \text{ doentes que não levantam terapêutica na data prevista}}{\text{Total de doentes em terapêutica no período temporal em causa}}$$

- *‘Indicador 2 - Proporção de abandono de acompanhamento hospitalar’:*

$$\frac{N.º \text{ doentes que faltam a duas consultas hospitalares}}{\text{Total de doentes em terapêutica no período temporal em causa}}$$

- *‘Indicador 3 – Proporção de doentes com infeção VIH controlada’:*

$$\frac{N.º \text{ doentes que mantêm cargas víricas indetectáveis após 6 meses em terapêutica}}{\text{Total de doentes em terapêutica há mais de 6 meses}}$$

Os indicadores apurados foram calculados com base na informação disponibilizada à data do fecho de faturação do Programa do ano a que se referem. No caso particular do Hospital Garcia de Orta e do Hospital Curry Cabral, os indicadores foram calculados com base nos resumos de apoio à faturação (2007, 2008 e 2009), emitidos à data de faturação.

A base de dados do SICA foi utilizada para consulta de informação relativa à contratualização efetuada por cada Instituição em Programa TARV, no que respeita a produção (n.º de doentes) contratualizada e realizada para os anos de 2007, 2008 e 2009.

A análise da informação foi feita por comparação entre a produção contratualizada e a produção realizada (e faturada), considerando:

- Cálculo da variação entre a produção realizada e contratualizada (real – contrato);
- Cálculo da proporção entre a produção realizada e contratualizada (real/contrato);



É necessário referir que, apesar do CH Lisboa Norte só ter sido constituído em 2008, a informação aqui apresentada para os valores de 2007 agrega os dados do Hospital de Santa Maria e o do Hospital Pulido Valente.

O tratamento dos dados foi realizado em Microsoft *Excel* (v.2007).

## LIMITAÇÕES DA ANÁLISE

A base de dados do Programa TARV é composta por dados administrativos, cujo principal objetivo é servir de suporte à monitorização e faturação do Programa TARV na ótica de um programa vertical de financiamento. Assim, a sua utilização na vertente académica e para efeitos do presente trabalho deve ser alvo dos seguintes comentários e restrições:

1. De acordo com a Circular Normativa nº6/2007 (ACSS, 2007) a recolha da informação necessária à monitorização e acompanhamento do Programa TARV deveria ser efetuada trimestralmente mas, atualmente, este processo é feito anualmente. Adicionalmente, a discussão do desempenho das Instituições que conduz ao fecho da faturação é realizada com um desfasamento de dois anos relativamente ao ano em faturação. Este enquadramento leva a que apenas seja possível a análise de três anos do Programa ainda que o mesmo já esteja implementado há cinco anos;

2. A informação sobre o número de doentes excluídos do Programa (por não cumprir critérios de inclusão e de permanência, por transferência, suspensão ou óbito) apenas pode ser analisada de uma forma agregada. Por indicação da ACSS, não foi disponibilizada a informação desagregada, por razões de validação da base de dados. Esta condicionante pode conduzir ao enviesamento dos resultados obtidos;

3. Apesar da ficha de inclusão no Programa TARV pedir informação relativa ao número de SNS e ao sexo de cada doente, esta informação não é de preenchimento obrigatório e não consta da base de dados utilizada. Esta restrição apenas permite que seja realizada a caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV tendo em conta a sua idade;

4. O preenchimento do ficheiro *Excel* denominado “Quadro de monitorização e acompanhamento trimestral” que serve de suporte à base de dados, deverá ser preenchido pela Direção Clínica de cada Instituição, de acordo com a Circular Normativa n.º6/2007 (ACSS, 2007). Em algumas Instituições isto não acontece conduzindo a erros no preenchimento e reporte da informação;

5. O formato do ficheiro em *Excel* que origina a base de dados em *Access* apresentou inicialmente todos os campos para preenchimento livre. Principalmente no que respeita o parâmetro ‘Terapêutica’ e, apesar de existirem normas de preenchimento, esta característica originou muita informação, regra geral dispersa e desagrupada. Posteriormente a 2009, algumas Instituições passaram a utilizar um ficheiro com campos com opções definidas mas na maioria das Instituições esta questão persistiu até 2011. Para colmatar esta limitação foi necessário proceder-se à uniformização da base de dados, já descrita em capítulo anterior;

6. É ainda importante referir que, apesar de os parâmetros ‘Valor de carga vírica’ e ‘Valor de CD4+’ só permitirem a introdução de valores numéricos, o SI não estabelece intervalos de valor (considerando máximo e mínimo) para cada parâmetro, originando erros de preenchimento. O teste de consistência efetuado pela ACSS apenas audita o formato dos dados, de acordo com o *layout* estabelecido (ACSS, 2010);

7. A base de dados utilizada não possui qualquer informação direta sobre custos com terapêutica anti-retrovírica (por hospital ou por doente). Adicionalmente, não revela informação sobre três aspetos: dosagem e posologia para cada medicamento e associações terapêuticas entre os medicamentos, quer por combinações individuais dos vários medicamentos (*e.g.* toma de Emtricitabina com Tenofovir) quer por combinações únicas de vários medicamentos (*e.g.*, toma de Emtricitabina+Tenofovir). Este condicionamento implica que seja necessário o apuramento dos custos da terapêutica anti-retrovírica de forma indireta;

8. O cálculo dos custos dos esquemas terapêuticos praticados foi realizado com base nos preços constantes no catálogo de aprovisionamento público. No entanto, salvaguarda-se a eventual sobrestimação dos custos admitindo-se que os preços efetivamente pagos pelas Instituições serão inferiores aos valores do catálogo e que os mesmos variam entre Instituições;

9. Para o apuramento dos custos médios totais anuais por doente em Programa TARV foi considerado um pacote mínimo de acompanhamento para os doentes *naïve*: duas consultas e duas recolhas e respetivas análises de carga vírica e de CD4+, por ano. Este pressuposto pode conduzir a uma subestimação dos custos apurados uma vez que não integra, por exemplo, custos com medicamentos de outros GFT e/ou outros MCDT realizados;

10. Os valores dos indicadores de adesão e efetividade do Programa TARV, calculados a partir da base de dados, não coincidiam com os indicadores divulgados nos relatórios de avaliação de desempenho do Programa TARV (2007, 2008 e 2009). Esta situação pode ser explicada porque a base de dados está em constante alteração, ou seja, em 2009 ainda é possível fazer acertos relativamente a 2008. Para ultrapassar esta restrição optou-se por utilizar os indicadores presentes nos relatórios de avaliação de desempenho do Programa TARV (2007, 2008 e 2009) elaborados pela ACSS.

## APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Com base na metodologia aplicada à base de dados da ACSS do Programa TARV apresentam-se os resultados alcançados, de acordo com os objetivos definidos inicialmente. Informação adicional sobre os mesmos pode ser consultada no Anexo 5.

### Caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV

No âmbito da caracterização geral do Programa TARV começa por apresentar-se uma análise descritiva e respetivas considerações das seguintes variáveis:

- N.º doentes em Programa TARV por ano

O Quadro IX resume a informação relativa ao número de doentes em Programa TARV, por ano de análise: número total de doentes, doentes excluídos de Programa e doentes ativos (considerados em Programa TARV).

**Quadro IX. Doentes em Programa TARV: Inscritos, Excluídos e Ativos, por Ano**

Ano	Doentes em Programa (N.º)		
	Total	Excluídos	Ativos (acumulados)
<b>2007</b>	1.089	346	743
<b>2008</b>	1.307	448	1.602
<b>2009</b>	1.621	387	2.836
<b>Total</b>	4.017	1.181	

Pode inferir-se que o número total de doentes em Programa tem vindo a aumentar anualmente atingindo, em 2009, um valor de 4.017 doentes inscritos em Programa TARV. Relativamente ao número de doentes excluídos do Programa observa-se um total acumulado de 1.181 doentes que saíram do Programa ao longo dos três anos em análise. O número de doentes VIH/SIDA ativos no Programa TARV atingiu, no final de 2009, os 2.836 doentes.

Contextualizando com a realidade nacional, compara-se o resultado do total de doentes inscritos com o volume das notificações recebidas pelo CVEDT-INSA entre 1983 e 2009, num total de 37.443 notificações, em diversos estadios da doença (INSA, 2012). O número de doentes inscritos em Programa TARV entre 2007 e 2009 representa 10,73% desse total.

▪ N.º doentes em Programa TARV por data de inscrição

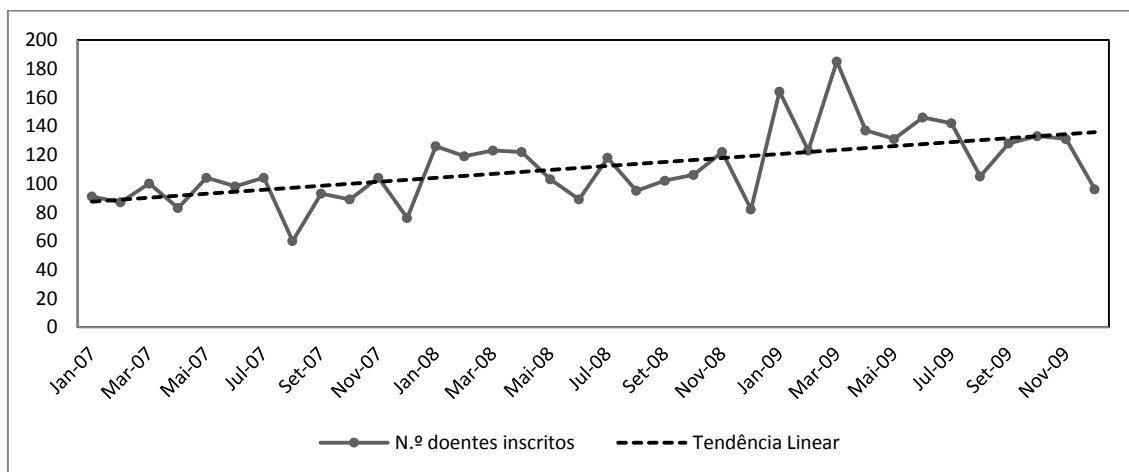
O Quadro X mostra a distribuição global do número total de doentes, por data de inscrição, considerando o mês de inscrição.

**Quadro X. Número Total de Doentes Inscritos em Programa TARV, por Mês de Inscrição e respetiva Frequência Relativa**

Mês de inscrição	N.º doentes	%
Janeiro	381	9,48
Fevereiro	329	8,19
Março	408	10,16
Abril	342	8,51
Maio	338	8,41
Junho	333	8,29
Julho	364	9,06
Agosto	260	6,47
Setembro	323	8,04
Outubro	328	8,17
Novembro	357	8,89
Dezembro	254	6,32
<b>Total</b>	<b>4.017</b>	<b>100</b>

Para os 4.017 doentes inscritos, entre 2007 e 2009, pode observar-se que existe uma homogeneidade mensal no número de inscrições e o seu ritmo médio varia entre os 8 e os 9%, atingindo um máximo no mês de Março com 10,16%, representando 408 doentes inscritos. Os valores mais baixos de inscrição são alcançados nos meses de Agosto e Dezembro, com 6,47% e 6,32% das inscrições, respetivamente.

A figura 5 representa a evolução temporal do número de doentes inscritos em Programa.



**Figura 5. Evolução temporal do número de doentes inscritos em Programa TARV.**

Esta representação gráfica evidencia que os meses de Agosto e Dezembro correspondem sempre a períodos com menos inscrições de doentes em Programa. Relativamente ao acompanhamento da tendência linear de crescimento do número de doentes inscritos, observa-se que nos primeiros semestres de cada ano existe um acréscimo de produção de número de doentes inscritos e nos segundos semestres esta tendência inverte-se e ocorre uma diminuição do número de doentes inscritos em Programa.

▪ N.º total de doentes inscritos por Instituição

De seguida, apresenta-se a informação relativa ao número de doentes inscritos, por Instituição aderente (quadro XI).

**Quadro XI. Total de Doentes Inscritos em Programa TARV, por Instituição**

Instituição	N.º doentes
CH de Cascais *	72
CH de Coimbra	160
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	172
CH Lisboa Central	465
CH Lisboa Norte	381
CH Lisboa Ocidental	336
CH de Setúbal	180
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*	188
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário**	57
Hospital Curry Cabral	322
Hospital de Faro	357
Hospital Garcia de Orta	323
Hospital Joaquim Urbano	404
Hospital de São João	327
Hospitais Universitários de Coimbra	161
ULS Matosinhos	112
<b>TOTAL</b>	<b>4.017</b>

Nota: \*- apenas 2009; \*\* - 2008 e 2009

Num total de 16 Instituições aderentes, entre 2007 e 2009, o CH Lisboa Central e o Hospital Joaquim Urbano (hospital referência para as especialidades de Infeciologia e Pneumologia) são as duas unidades hospitalares com maior número de doentes em Programa, com 465 e 404 doentes, respetivamente. No extremo oposto encontra-se a ULS de Matosinhos com o menor número de doentes em TARV: 112 doentes até 2009.

Ressalve-se que o Hospital Nossa Sr.ª do Rosário aderiu ao Programa em 2008 e o CH de Cascais e o Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca aderiram ao Programa em 2009.

▪ Taxa de crescimento do n.º novos doentes em Programa TARV, por Instituição

A variação anual do número de novos doentes por Instituição é apresentada no quadro seguinte.

**Quadro XII. Taxa de Crescimento do Número de Novos Doentes em Programa TARV (2007-2008) e (2008-2009), por Instituição**

Instituição	Taxa crescimento 2007-2008 (%)	Taxa crescimento 2008-2009 (%)
CH de Cascais	-	-
CH de Coimbra	15,56	21,15
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	19,30	-30,88
CH Lisboa Central	9,66	1,26
CH Lisboa Norte	-17,97	40,95
CH Lisboa Ocidental	43,01	-17,29
CH de Setúbal	5,17	0,00
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	-	-
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	-	11,11
Hospital Curry Cabral	50,56	-26,12
Hospital de Faro	2,70	15,79
Hospital Garcia de Orta	2,04	25,00
Hospital Joaquim Urbano	16,96	22,90
Hospital de São João	77,33	-10,53
Hospitais Universitários de Coimbra	29,27	26,42
ULS Matosinhos	0,00	2,70

Esta variável pretende explicar a tendência de captação de novos doentes, para cada Instituição em Programa. Da sua análise é perceptível que a variação anual do crescimento do número de novos doentes em Programa TARV não é homogénea no período considerado nem entre as Instituições aderentes. Salientam-se algumas considerações importantes:

⇒ O CH Vila Nova de Gaia/Espinho reduziu cerca de 31% o número de novos doentes em 2009 depois de um crescimento de 19% de 2007 para 2008;

⇒ O CH Lisboa Norte reduziu aproximadamente 18% no número de novos doentes que entraram em Programa em 2008 (face a 2007) mas depois em 2009 aumentou 41% no número de novos doentes face ao ano anterior;

⇒ O CH Lisboa Ocidental reduziu aproximadamente 18% no número de novos doentes que entraram em Programa em 2009 (face a 2008) mas no ano anterior tinha aumentado 43% no número de novos doentes face a 2007;

⇒ O CH de Setúbal manteve o mesmo número de novos doentes em 2009 que tinha em 2008;

⇒ O Hospital Curry Cabral foi uma das unidades de saúde que apresentou um maior crescimento de doentes em 2008 face a 2007, cerca de 51%: No entanto, em 2009, entraram em Programa menos 26% de doentes do que no ano anterior;

⇒ O Hospital de São João foi a Instituição que mais cresceu em 2008 face a 2007, cerca de 77%: No entanto, em 2009, entraram em Programa menos cerca de 11% de doentes do que no ano anterior;

⇒ A ULS de Matosinhos manteve o mesmo número de novos doentes em 2008 que tinha em 2007.

▪ Variável Idade - Geral

No que se refere às características da população em Programa, podemos analisar a variável Idade cuja estatística descritiva é apresentada no quadro resumo seguinte.

**Quadro XIII. Estatística Descritiva da Variável Idade**

	<b>Idade (anos)</b>
<b>Média</b>	40,75
<b>Moda</b>	37
<b>Mediana</b>	39,00
<b>Desvio Padrão</b>	11,85
<b>Mínimo</b>	<1
<b>Máximo</b>	88

Nota: assume-se que os valores mínimos de idade apurados (idade <1 ano) se referem a situações clinicamente justificadas para entrada em Programa TARV.

No conjunto das Instituições aderentes, e para o total acumulado de doentes, a média das idades dos doentes em Programa foi cerca de 41 anos, com um desvio padrão de 11,85. O coeficiente de variação da amostra é de 29,1%, significando que a média é representativa desta população (o coeficiente de variação mede o grau de concentração dos valores em torno da média e assume que valores superiores a 50% indicam uma pequena representatividade da média) (Afonso & Nunes, 2011).

Na população estudada, 50% apresenta idade igual ou inferior a 39 anos. A idade mais frequente foram os 37 anos, com um valor máximo de 88 anos e um mínimo inferior a 1 ano.



▪ Variável Idade, por Instituição

A análise da variável Idade por ano não é aqui exposta por apresentar um padrão semelhante à análise anterior. Apresenta-se no Quadro XIV a estatística da variável Idade por Instituição aderente ao Programa.

**Quadro XIV. Estatística Descritiva da Variável Idade, por Instituição**

Instituição	Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente Variação
		(Anos)			%
CH de Cascais	39,35	74	1	12,48	31,71
CH de Coimbra	40,01	77	1	14,61	36,51
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	40,38	78	20	13,03	32,27
CH Lisboa Central	39,98	88	1	12,58	31,46
CH Lisboa Norte	42,61	78	19	12,13	28,48
CH Lisboa Ocidental	41,34	83	17	11,46	27,73
CH de Setúbal	40,46	77	18	12,16	30,06
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	39,24	75	16	10,76	27,41
Hospital Nossa Sr. <sup>a</sup> do Rosário	43,42	67	25	11,13	25,62
Hospital Curry Cabral	41,64	83	21	11,23	26,98
Hospital de Faro	39,81	81	0	11,83	29,71
Hospital Garcia de Orta	40,24	81	18	10,32	25,65
Hospital Joaquim Urbano	39,29	85	19	10,59	26,96
Hospital de São João	41,67	78	20	12,10	29,03
Hospitais Universitários de Coimbra	41,80	74	24	11,26	26,93
ULS Matosinhos	42,98	84	21	12,85	29,90

Da sua observação conclui-se que, em todas as Instituições, a média das Idades é uma medida representativa da população em estudo (coeficiente de variação inferior a 50%). A ULS de Matosinhos é a Instituição que apresenta uma média de idades superior, com o valor aproximado de 43 anos.

Nesta análise sobressaem duas situações, por apresentarem uma amplitude de média de idades mais pequena: o Hospital Nossa Sr.<sup>a</sup> do Rosário que apresenta uma população com idade compreendida entre os 25 e os 67 anos, e os Hospitais Universitários de Coimbra com uma população entre os 24 e os 74 anos. Para ambos o valor mínimo apresentado é o mais alto e o valor máximo é o mais baixo.

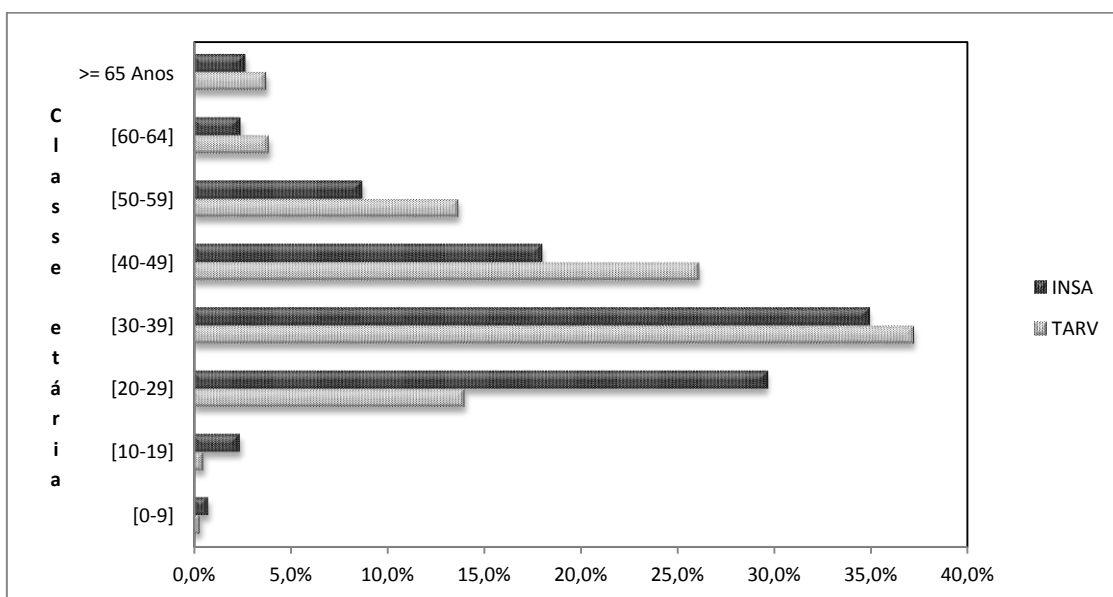
▪ Variável Idade - Distribuição por faixa etária

Em termos da distribuição da população por faixa etária e de acordo com o Quadro XV pode observar-se que mais de 37% da população em Programa tem entre 30 e 39 anos. A segunda classe etária com maior valor percentual é a classe dos 40-49 anos com 26,16%. A população até aos 19 anos está presente mas é a menos representada com cerca de 1% do total da população em Programa.

**Quadro XV. Distribuição da População em Programa TARV por Classe Etária**

Classe Etária (anos)	Frequência (N.º doentes)	%
[0-9]	16	0,40
[10-19]	23	0,57
[20-29]	565	14,07
[30-39]	1497	37,27
[40-49]	1051	26,16
[50-59]	552	13,74
[60-64]	159	3,96
>=65 Anos	154	3,83

Quando é realizada a comparação entre a distribuição etária da população em TARV (2007-2009) com a distribuição etária da população notificada ao INSA com a infeção VIH/SIDA (1983-2011) (utilizada como *proxy* da realidade portuguesa), apresentada na figura seguinte, é observável que existe uma diferença acentuada para a classe etária dos 20-29 anos e dos 40-49 anos, entre a população em estudo e a população nacional notificada.



**Figura 6. Comparação gráfica da distribuição etária percentual entre a população em Programa TARV e a população notificada ao INSA.**

Pela análise da figura, a população em TARV com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos é cerca de 15%, correspondendo a metade da população nacional notificada. Para a faixa etária entre os 40 e os 49 anos a população em TARV é de 26%, o que corresponde a mais 8% do que a população nacional notificada (cerca de 18%).

- N.º de recolhas doente.ano, por Instituição

O quadro seguinte apresenta o resultado da avaliação do número de recolhas efetuadas por cada Instituição, considerando o número de doentes e o número de meses em Programa.

**Quadro XVI. Número de Recolhas por doente.ano, por Instituição**

Instituição	Recolhas/doente.ano (n.º)
CH de Cascais	4,7
CH de Coimbra	3,3
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	4,5
CH Lisboa Central	3,0
CH Lisboa Norte	4,1
CH Lisboa Ocidental	2,9
CH de Setúbal	3,4
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	3,6
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	4,3
Hospital Curry Cabral	1,4
Hospital de Faro	3,6
Hospital Garcia de Orta	3,4
Hospital Joaquim Urbano	2,9
Hospital de São João	3,8
Hospitais Universitários de Coimbra	3,8
ULS Matosinhos	3,4
Média	3,3

Observa-se que, no geral, as Instituições fazem recolha de amostras para análises sanguíneas com uma periodicidade 3,3 vezes por ano. A Instituição que apresenta uma maior frequência de recolhas é o CH de Cascais que faz recolhas 4,7 vezes por ano enquanto o Hospital Curry Cabral faz recolhas 1,4 vezes por ano.

- Critério de Inclusão: valores iniciais CD4+

O quadro seguinte apresenta a média global dos valores de CD4+ no momento de adesão ao Programa.

Quadro XVII. Média global CD4+ inicial, por ano

	2007	2008	2009	Total
CD4+ inicial (média) (células CD4+/mm <sup>3</sup> )	191,0	213,9	225,9	211,9

A apreciação feita aos valores clínicos globais de adesão dos CD4+ revela um valor médio de 211,9 células CD4+/mm<sup>3</sup>. É perceptível que, ao longo dos três anos em análise, o valor médio dos CD4+ de adesão ao Programa TARV tem vindo a aumentar e, como seria expetável, o ano de 2007 apresenta o valor médio de adesão mais baixo com 191 células CD4+/mm<sup>3</sup>.

A análise, por Instituição, do valor médio dos CD4+ iniciais (quadro XVIII) revela um comportamento pautado por valores inferiores aos valores limite de inclusão em Programa.

Quadro XVIII. Média CD4+ inicial, por Instituição

Instituição	CD4+ inicial (média) (células CD4+/mm <sup>3</sup> )
CH de Cascais	264,2
CH de Coimbra	226,0
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	183,4
CH Lisboa Central	238,6
CH Lisboa Norte	196,9
CH Lisboa Ocidental	243,7
CH de Setúbal	226,0
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	240,1
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	209,6
Hospital Curry Cabral	194,5
Hospital de Faro	197,4
Hospital Garcia de Orta	198,0
Hospital Joaquim Urbano	202,0
Hospital de São João	191,7
Hospitais Universitários de Coimbra	203,5
ULS Matosinhos	206,3

A Instituição que apresenta, no momento de adesão ao Programa, um valor médio de CD4+ mais elevado é o CH Cascais (valores médios apenas para 2009) com 264,2 células CD4+/mm<sup>3</sup> enquanto o CH Vila Nova de Gaia/Espinho apresenta o valor médio mais baixo com 183,4 células CD4+/mm<sup>3</sup>.

A análise da frequência relativa dos valores iniciais de CD4+ por ano (figura 7) dá-nos a indicação que as classes que correspondem a valores de CD4+ mais baixos vão gradualmente,

ao longo do período temporal considerado, diminuindo de frequência, verificando-se um consequente aumento nas classes que correspondem a valores de CD4+ mais elevados.

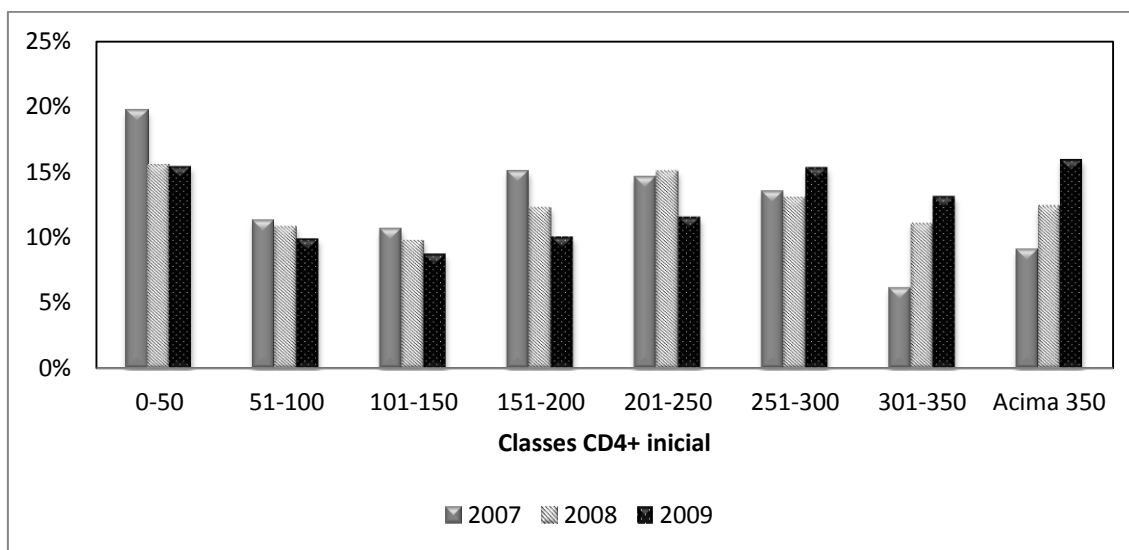


Figura 7. Frequência relativa dos CD4+ no momento de adesão, por ano.

▪ N.º de doentes com carga vírica indetetável após 6 meses de terapêutica

Apresenta-se no quadro seguinte a informação relativa ao número de doentes que apresentam carga vírica indetetável.

Quadro XIX. *Proporção de doentes com carga vírica indetetável, por Instituição*

Instituição	Doentes (%)
CH de Cascais	29
CH de Coimbra	11
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	29
CH Lisboa Central	38
CH Lisboa Norte	4
CH Lisboa Ocidental	52
CH de Setúbal	47
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	9
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	25
Hospital Curry Cabral	22
Hospital de Faro	0
Hospital Garcia de Orta	34
Hospital Joaquim Urbano	25
Hospital de São João	5
Hospitais Universitários de Coimbra	8
ULS Matosinhos	34

Os resultados apresentados revelam grande heterogeneidade entre Instituições, para a variável em análise. Os melhores resultados são alcançados pelo CH Lisboa Ocidental e pelo CH Setúbal com cerca de 50% dos doentes em Programa com doença controlada.

No entanto, foram detetadas algumas inconsistências, nomeadamente no que respeita os valores apresentados para o CH Lisboa Norte (4%) e o Hospital de Faro (0%), que serão alvo de discussão em capítulo próprio.

## Principais esquemas terapêuticos e apuramento do custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovirais

### ▪ Esquema Terapêutico inicial

Com base na metodologia descrita em capítulo anterior procedeu-se ao apuramento dos principais esquemas terapêuticos iniciais utilizados na terapêutica anti-retrovírica para os doentes *naïve*.

Em primeiro lugar efetuou-se uma análise das frequências relativas dos esquemas terapêuticos iniciais, considerando a perspetiva global das 16 unidades de saúde em estudo e respetivos doentes. No quadro seguinte apresenta-se os resultados dos dez principais esquemas terapêuticos iniciais (por ordem decrescente) responsáveis por cerca de 80% do número total de primeiras prescrições.

**Quadro XX. 'Top 10' Esquemas Terapêuticos Iniciais**

Esquema Terapêutico	Sigla Terapêutica	Frequência (%)
ET05	EFV; TDF; FTC	28,45
ET08	ATV/r; TDF; FTC	9,99
ET14	LPV/r; AZT; 3TC	8,39
ET11	LPV/r; TDF; FTC	7,32
ET12	EFV; ABC; 3TC	6,87
ET13	EFV; AZT; 3TC	4,95
ETrsd*	(Vários)	4,37
ET04	FTC+TDF; EFV	4,05
ET09	NVP; TDF; FTC	3,47
ET07	FTC+TDF; ATV/r	1,92
Total	-	79,77

\*- O 'ETrsd' é o grupo que integra os ET residuais e está descrito na Metodologia.

Verifica-se que o esquema terapêutico mais prescrito, em 28,5% do número total de primeiras prescrições, é o número 5, constituído pelos medicamentos 'Efavirenz, Emtricitabina e Tenofovir'. Em 2º lugar, com 10% de frequência encontra-se o esquema terapêutico número 8, constituído pelos medicamentos 'Atazanavir, Ritonavir, Emtricitabina e Tenofovir'.

Posteriormente determinou-se quais os principais esquemas terapêuticos iniciais utilizados no Programa TARV, por Instituição. Estes resultados encontram-se no Anexo 5 e apresentam-se resumidos no Quadro XXI.

**Quadro XXI. Representatividade do 'Top 3' Esquemas Terapêuticos iniciais por Instituição**

Instituições	1º	2º	3º
Siglas Terapêuticas			
CH de Cascais	ATV/r; TDF; FTC 36%	EFV; TDF; FTC 29%	LPV/r; AZT; 3TC 16%
CH de Coimbra	EFV; TDF; FTC 41%	ATV/r; TDF; FTC 9%	EFV; AZT; 3TC 7%
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	EFV; TDF; FTC 26%	LPV/r; TDF; FTC 17%	EFV; ABC; 3TC 6%
CH Lisboa Central	EFV; TDF; FTC 39%	ATV/r; TDF; FTC 30%	LPV/r; TDF; FTC 5%
CH Lisboa Norte	EFV; TDF; FTC 34%	ATV/r; TDF; FTC 13%	LPV/r; TDF; FTC 12%
CH Lisboa Ocidental	EFV; TDF; FTC 50%	ATV/r; TDF; FTC 15%	LPV/r; TDF; FTC 10%
CH de Setúbal	EFV; TDF; FTC 29%	ATV/r; TDF; FTC 18%	LPV/r; TDF; FTC 16%
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	EFV; TDF; FTC 20%	LPV/r; AZT; 3TC 14%	LPV/r; TDF; FTC 12%
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	EFV; TDF; FTC 39%	LPV/r; TDF; FTC 32%	LPV/r; AZT; 3TC 14%
Hospital Curry Cabral	EFV; TDF; FTC 28%	EFV; AZT; 3TC 25%	EFV; ABC; 3TC 18%
Hospital de Faro	FTC+TDF; EFV 27%	FTC+TDF; ATV/r 18%	EFV; TDF; FTC 16%
Hospital Garcia de Orta	LPV/r; AZT; 3TC 40%	FTC+TDF; EFV 9%	EFV; TDF; FTC 5%
Hospital Joaquim Urbano	EFV; TDF; FTC 32%	EFV; ABC; 3TC 21%	EFV; AZT; 3TC 13%
Hospital de São João	EFV; TDF; FTC 34%	EFV; ABC; 3TC 13%	LPV/r; TDF; FTC 10%
Hospitais Universitários de Coimbra	FTC+TDF; EFV 22%	FTC+TDF; ATV/r 9%	EFV; TDF; FTC 8%
ULS Matosinhos	EFV; TDF; FTC 19%	EFV; ABC; 3TC 17%	LPV/r; AZT; 3TC 9%

Estes resultados vão ao encontro do referido anteriormente. O principal esquema terapêutico inicialmente utilizado pelos doentes em terapêutica anti-retrovírica é constituído pelos medicamentos 'Efavirenz, Emtricitabina e Tenofovir', exceção feita para o CH de Cascais (principal esquema terapêutico 'Atazanavir, Ritonavir, Emtricitabina e Tenofovir'), Hospitais Universitários de Coimbra (principal esquema terapêutico é a associação 'Emtricitabina+Tenofovir; Efavirenz) e o Hospital Garcia de Orta (principal esquema terapêutico 'Lopinavir/ritonavir, Zidovudina, Lamivudina'. Uma discussão mais aprofundada destes resultados é feita em capítulo próprio.

▪ Custo médio anual de doente *naive*, por Instituição

O objetivo proposto inicialmente visava apenas o apuramento do custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovíricos, por doente em Programa TARV. No entanto, a análise permitiu que se procedesse a uma estimativa do custo médio anual do doente *naive*, por Instituição, contemplando adicionalmente custos de consultas e análises realizadas. Os valores obtidos apresentam-se no quadro seguinte.

**Quadro XXII. Custo médio anual por doente, por Instituição**

Instituições	Custo médio anual (€)
CH de Cascais	11.219,36
CH de Coimbra	10.084,14
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	10.378,09
CH Lisboa Central	10.775,77
CH Lisboa Norte	10.421,39
CH Lisboa Ocidental	10.482,89
CH de Setúbal	10.918,16
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	10.150,64
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	10.958,14
Hospital Curry Cabral	9.008,43
Hospital de Faro	10.719,87
Hospital Garcia de Orta	9.856,27
Hospital Joaquim Urbano	9.196,92
Hospital de São João	10.008,87
Hospitais Universitários de Coimbra	10.564,70
ULS Matosinhos	9.368,95
<b>Total</b>	<b>10.172,33</b>

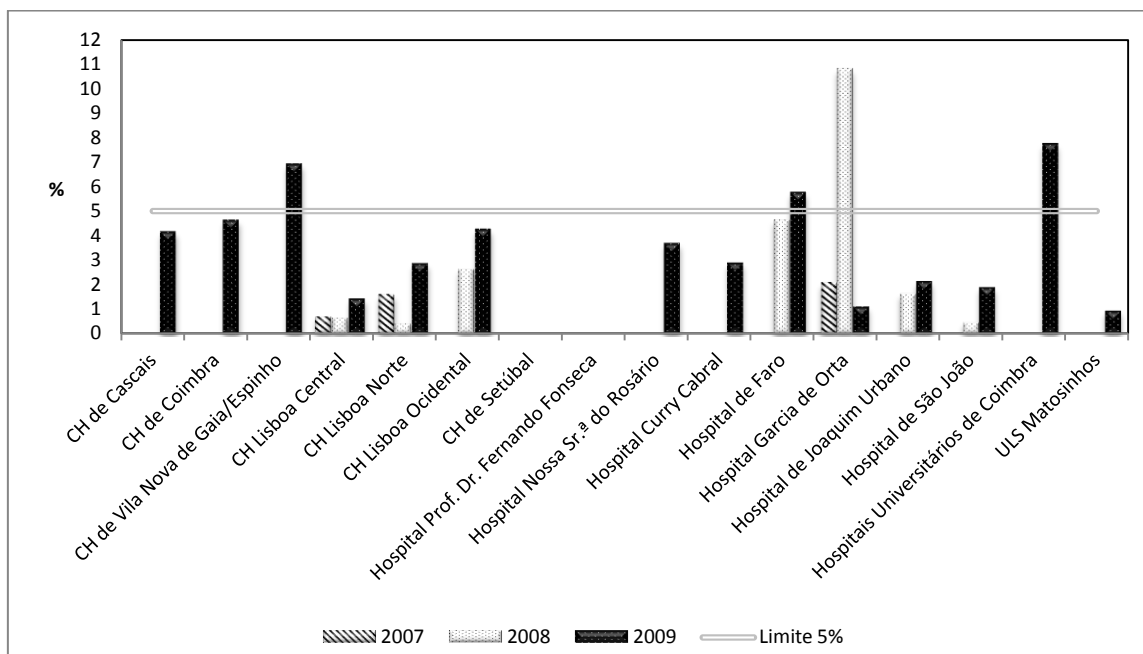
Foi apurado um custo médio anual total por doente de 10.172,33€. A Instituição que apresenta o maior custo estimado é o CH de Cascais com um valor anual superior a 11.000€/doente. De resto, apenas quatro Instituições apresentam valores anuais inferiores a 10.000€/doente: o Hospital Curry Cabral (apresenta o menor custo anual estimado com 9.008,43€/doente), o Hospital Garcia de Orta, o Hospital Joaquim Urbano e a ULS de Matosinhos.

## **Indicadores de adesão e efetividade do Programa TARV**

A efetivação da modalidade de pagamento em estudo às Instituições aderentes ao Programa TARV depende dos resultados alcançados nos indicadores de monitorização.



No que se refere ao primeiro indicador de adesão ao Programa TARV: '*Indicador 1 – Proporção Adesão Terapêutica Anti-retrovírica*', os resultados obtidos pelas Instituições aderentes nos anos em análise encontram-se representados na figura seguinte.

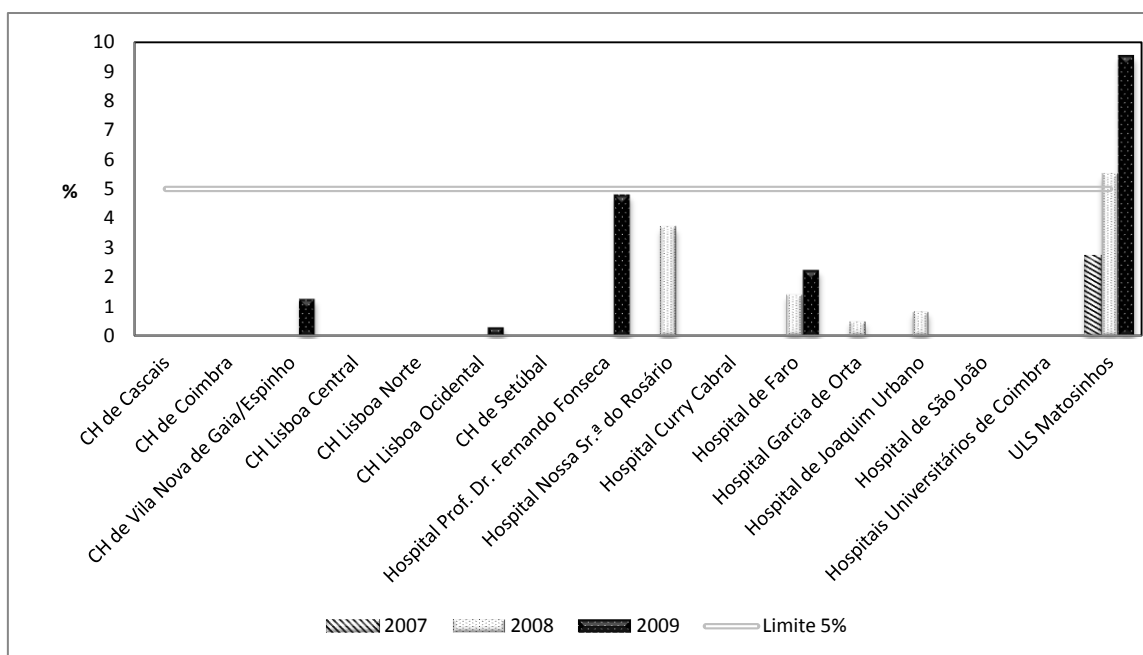


**Figura 8. Indicador 1 – Proporção adesão terapêutica anti-retrovírica.**

Considerando que o objetivo pretendido consiste em obter um número de doentes que não levantam terapêutica anti-retrovírica na data prevista inferior a 5%, pode afirmar-se para os hospitais em estudo:

- ⇒ Não existiu nenhuma unidade de saúde em incumprimento relativamente ao Indicador 1, no primeiro ano em análise (2007);
- ⇒ Em 2008, apenas o Hospital Garcia de Orta não cumpriu a meta inferior a 5%. Nesse ano cerca de 11% dos seus doentes não levantaram terapêutica na data prevista;
- ⇒ O ano 2009 apresentou 3 Instituições com valores superiores à meta dos 5%: Hospital de Faro (5,8%), o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho (6,9%) e os Hospitais Universitários de Coimbra (7,7%);
- ⇒ Numa perspetiva global, o CH de Setúbal não apresentou doentes com falhas no levantamento da terapêutica na data prevista, em nenhum dos três anos analisados.

No que se refere ao segundo indicador de adesão ao Programa TARV: '*Indicador 2 – Proporção de Abandono de Acompanhamento Hospitalar*', os resultados obtidos pelas Instituições aderentes nos anos em análise encontram-se representados na figura seguinte.

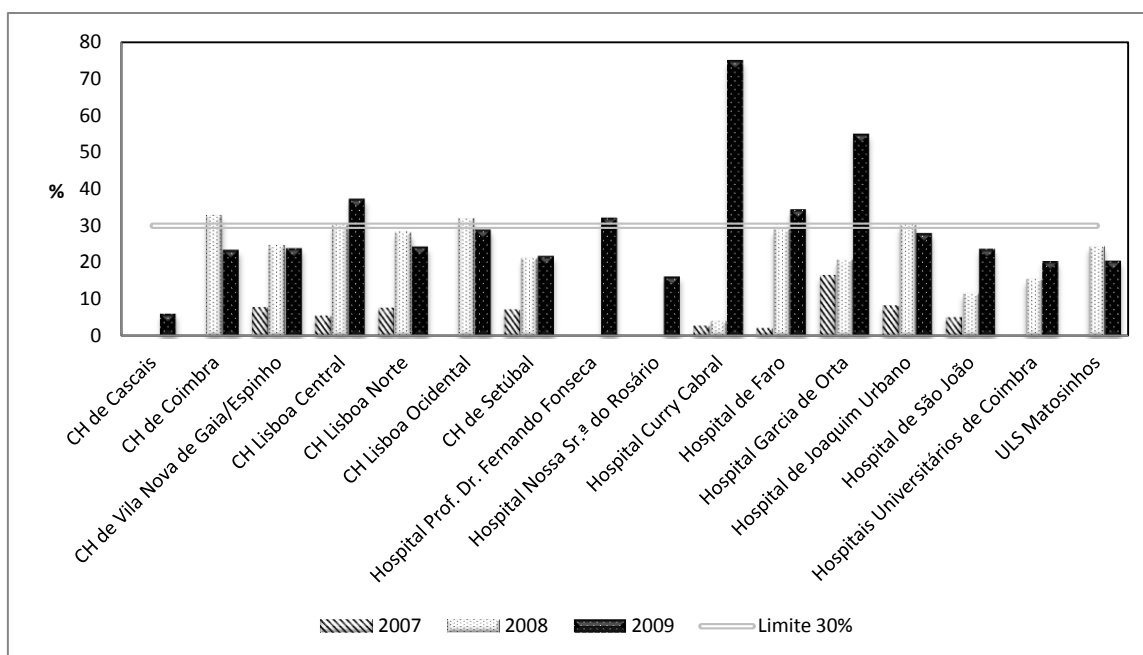


**Figura 9. Indicador 2 – Proporção de abandono de acompanhamento hospitalar.**

Considerando que o objetivo pretendido consiste em obter um número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares inferior a 5%, pode afirmar-se que, numa perspetiva global, os hospitais em estudo cumpriram a meta estabelecida para o Indicador 2.

Para este indicador apenas a ULS de Matosinhos apresentou um crescimento anual do número de doentes em terapêutica que faltam a duas consultas. Em 2008 e 2009 ultrapassou a meta pretendida com 5,5% e 9,5 %, respetivamente.

No que se refere ao terceiro indicador do Programa TARV, que é um indicador de efetividade: *‘Indicador 3 – Proporção de doentes com Infecção VIH Controlada’*, os resultados obtidos pelas Instituições aderentes nos anos em análise encontram-se representados na figura seguinte.



**Figura 10. Indicador 3 – Proporção de doentes com infeção VIH controlada**

Para este indicador o objetivo pretendido consiste em obter um número de doentes com infeção controlada superior a 70%. Para facilitar a visualização gráfica considerou-se um número de doentes com infeção não controlada inferior a 30%. Posto isto, pode afirmar-se para os hospitais em estudo:

⇒ Em 2007 não existiu nenhuma unidade de saúde em incumprimento relativamente ao Indicador 3;

⇒ Em 2008, o CH de Coimbra e o CH Lisboa Ocidental apresentaram um número de doentes com infeção não controlada superior à meta estabelecida, respetivamente 32,3% e 31,5%;

⇒ Em 2009, o cenário agravou-se e cinco Instituições não cumpriram a meta dos 30%: CH Lisboa Central com 37,3%, Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca com 32,2%, o Hospital Curry Cabral com valor mais elevado, 75%, o Hospital de Faro com 34,5% e o Hospital Garcia de Orta com 55%.

## O processo de contratualização nas Instituições com Programa TARV

O objetivo desta análise é avaliar a forma e o rigor com que as Instituições aderentes ao Programa TARV procedem ao processo de contratualização com a tutela, concretamente no que diz respeito a este programa vertical de financiamento.

Os resultados aqui apresentados retratam uma comparação, para cada ano em análise, entre a produção realizada (n.º doentes real) e a produção contratualizada (n.º doentes definido em contrato-programa). Optou-se por subdividir os resultados em duas figuras, cada uma relativa a oito Instituições em Programa, mas a sua interpretação é feita em conjunto.

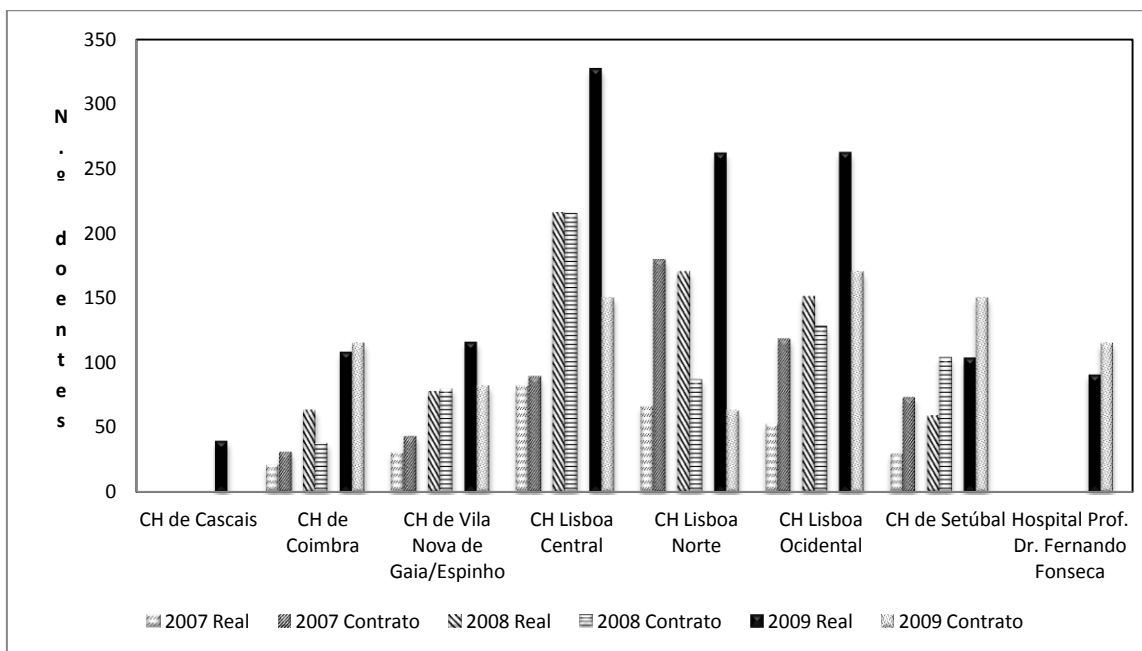


Figura 11. Produção real vs produção contratualizada, para os três anos em análise – A).

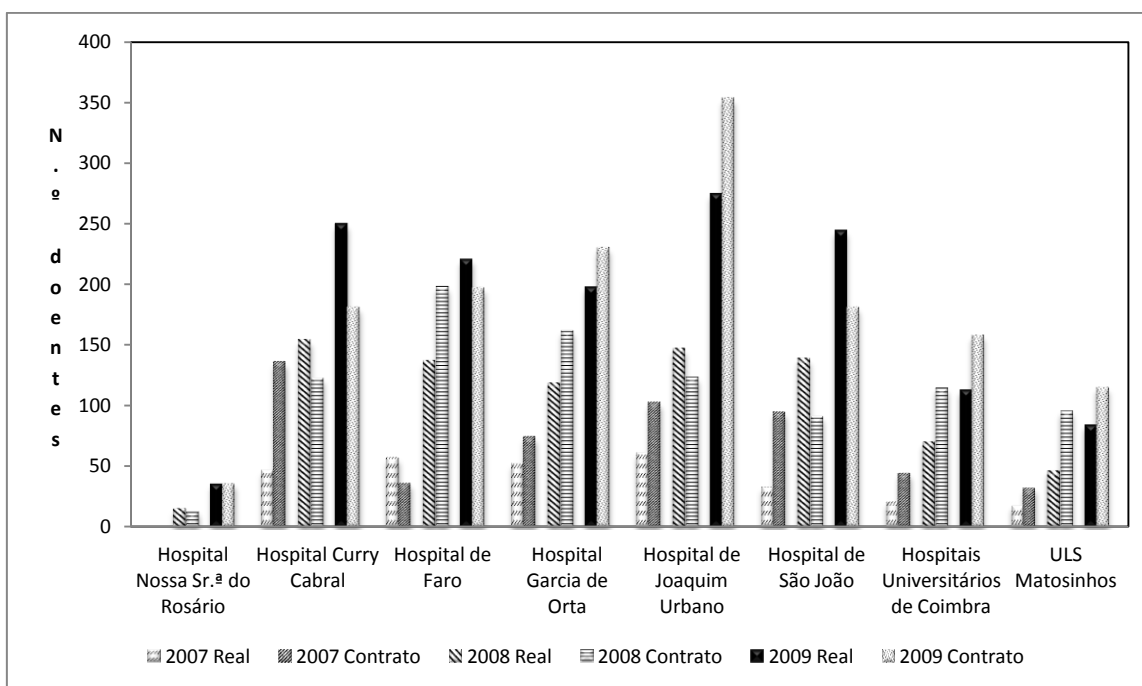


Figura 12. Produção real vs produção contratualizada, para os três anos em análise – B).

Com base na informação apresentada nos dois gráficos anteriores e reforçada pela análise do Quadro XXIII que reflete as diferenças entre a produção realizada e a produção contratualizada, constata-se que, em 2007, todas as Instituições produziram menos do que o valor acordado em contrato-programa, com a exceção do Hospital de Faro. É também possível verificar que existe um crescimento anual da produção realizada e da produção contratualizada.

**Quadro XXIII. Variação da Produção (real-contrato), por Instituição**

Instituição	Δ Produção (N.º doentes)		
	2007	2008	2009
CH de Cascais	-	-	-
CH de Coimbra	-10,1	25,4	-6,8
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	-12,5	-2,2	33,9
CH Lisboa Central	-7,6	0,5	176,8
CH Lisboa Norte	-113,1	82,9	198,7
CH Lisboa Ocidental	-65,8	22,8	92,3
CH de Setúbal	-43,4	-44,9	-46,3
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	-	-	-24,3
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	-	2,4	-0,3
Hospital Curry Cabral	-88,4	31,3	68,8
Hospital de Faro	20,4	-61,0	23,5
Hospital Garcia de Orta	-22,0	-43,2	-32,3
Hospital Joaquim Urbano	-41,3	23,3	-78,6
Hospital de São João	-61,3	47,0	63,3
Hospitais Universitários de Coimbra	-23,5	-44,2	-44,9
ULS Matosinhos	-14,5	-48,7	-30,8

Uma análise mais particularizada permite observar:

⇒ O CH Coimbra produziu menos do que o que foi contratualizado, em 2007 e 2009. No ano de 2008, este Centro Hospitalar realizou mais 25,4 doentes do que o que foi previsto em contrato-programa;

⇒ O CH Vila Nova de Gaia/Espinho produziu menos do que o que foi contratualizado em 2007 e 2008. Ressalva-se que, neste último ano, a diferença de produção foi de apenas 2,2 doentes. No ano de 2009, este Centro Hospitalar realizou mais 34 doentes do que a produção contratualizada;

⇒ Pode afirmar-se que, no ano de 2008, o CH Lisboa Central contratualizou acertadamente a produção de doentes *naive* VIH/SIDA, uma vez que a diferença entre a produção realizada e a contratualizada foi de apenas 0,5 doentes. No entanto, em 2009, este Centro Hospitalar produziu mais 176,8 doentes do que o contratualizado;

⇒ O CH Lisboa Norte produziu menos do que o que foi contratualizado em 2007. Em 2008 e 2009, este Centro Hospitalar produziu mais do que a produção contratualizada. Ressalva-se que, neste último ano, a diferença de produção aproximou-se dos 200 doentes a favor da produção real;

⇒ O CH Lisboa Ocidental produziu menos do que o que foi contratualizado em 2007. Em 2008 e 2009, este Centro Hospitalar produziu acima da produção contratualizada;

⇒ O CH de Setúbal produziu sempre abaixo do valor contratualizado, nos três anos em análise;

⇒ O Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, em 2009, realizou menos produção do que o valor contratualizado;

⇒ O Hospital Nossa Sr.<sup>a</sup> do Rosário tem conseguido ajustar a sua produção realizada ao valor contratualizado. Em 2008, realizou mais 2,4 doentes e em 2009 menos 0,3 doentes do que a produção contratualizada;

⇒ O Hospital Curry Cabral produziu menos do que o que foi contratualizado, em 2007. Em 2008 e 2009, este Hospital produziu acima da produção contratualizada;

⇒ O Hospital de Faro produziu acima do contratualizado, em 2007 e 2009. Em 2008, este Hospital produziu menos 61 doentes do que o valor da produção contratualizada;

⇒ O Hospital Garcia de Orta produziu sempre abaixo do valor contratualizado, nos três anos em análise;

⇒ O Hospital Joaquim Urbano produziu menos do que o valor contratualizado em 2007 e 2009. Em 2008, este Hospital produziu mais 23,3 doentes do que o valor contratualizado;

⇒ O Hospital de São João, em 2007, produziu menos do que o valor contratualizado. No entanto para os anos 2008 e 2009, este Hospital produziu acima da produção contratualizada;

⇒ Os Hospitais Universitários de Coimbra produziram sempre abaixo do valor contratualizado, nos três anos em análise;

⇒ A ULS de Matosinhos produziu sempre abaixo do valor contratualizado, nos três anos em análise;

O CH Cascais não dispunha de informação relativamente à produção contratualizada para o ano de adesão (2009), logo não foi apresentado o comparativo.

O quadro seguinte apresenta informação sobre o desempenho das Instituições em Programa TARV, em termos de contratualização, através do rácio entre a produção realizada e a produção contratualizada.

Quadro XXIV. *Relação entre Produção Realizada e Produção Contratualizada, por Instituição*

Instituições	Razão (realizada/contratualizada) (%)		
	2007	2008	2009
CH de Cascais	-	-	-
CH de Coimbra	67,5	166,9	94,1
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	70,9	97,3	141,4
CH Lisboa Central	91,5	100,2	217,9
CH Lisboa Norte	36,8	195,3	415,3
CH Lisboa Ocidental	44,2	117,8	154,3
CH de Setúbal	40,5	56,8	69,2
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	-	-	78,8
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	-	118,6	99,1
Hospital Curry Cabral	34,5	125,6	138,0
Hospital de Faro	156,7	69,0	111,9
Hospital Garcia de Orta	70,3	73,2	86,0
Hospital Joaquim Urbano	59,5	118,9	77,7
Hospital de São João	34,8	151,6	135,0
Hospitais Universitários de Coimbra	46,6	61,3	71,6
ULS Matosinhos	54,7	48,8	73,3

Para o indicador considerado (relação entre produção realizada e produção contratualizada) o valor 100% significa que a produção realizada foi idêntica à produção contratualizada. Assim, pode afirmar-se o seguinte:

⇒ Em 2007, na contratualização dos doentes *naïve* VIH/SIDA, o CH Lisboa Central foi o que obteve um melhor ajustamento da produção realizada face ao contratualizado. O Hospital de Faro, por sua vez, foi o que apresentou um pior ajustamento da produção realizada face ao número de doentes contratualizado.

⇒ Em 2008, a Instituição que apresentou um melhor ajustamento foi novamente o CH Lisboa Central e o pior resultado ocorreu no CH Lisboa Norte;

⇒ Em 2009, a Instituição que obteve um melhor ajustamento da produção realizada face ao contratualizado foi o Hospital Nossa Sr.ª do Rosário e o pior ajustamento da produção aconteceu novamente no CH Lisboa Norte.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta discussão, os resultados apresentados são contextualizados na perspetiva da Administração Hospitalar, acompanhando a mesma estrutura do capítulo anterior e adotando a linha de raciocínio dos objetivos definidos inicialmente.

### Caracterização da população VIH/SIDA em Programa TARV

- N.º doentes em Programa TARV por ano

O conhecimento do número de doentes em Programa TARV, quer seja o total de doentes inscritos, o total de doentes excluídos e/ou o total de doentes ativos, é de suma importância porque define e quantifica a dimensão do Programa e as suas singularidades. Assim, como referido, o total acumulado de doentes inscritos em Programa foi, em termos absolutos, de 4.017 doentes, com quase 30% de doentes excluídos de Programa, admitindo este valor como uma *proxy* da caracterização da adesão terapêutica.

Existem vários cenários possíveis que determinam a entrada de um doente *naïve* em Programa TARV: pode ser um doente com diagnóstico efetuado há muito tempo que nunca iniciou terapêutica, por opção própria, apesar de possuir critérios clínicos para tal (de acordo com as *guidelines* nacionais); pode ser um doente já diagnosticado há algum tempo mas que ainda não possuía critérios clínicos de início de terapêutica; ou pode ser um doente que acabou de ser diagnosticado e já possui critérios para iniciar terapêutica anti-retrovírica.

Face ao exposto e considerando que, todos os doentes em Programa encontram-se notificados junto ao INSA (ACSS, 2007) pode afirmar-se que, cerca de 11% dos doentes notificados em Portugal até 2009 começaram a fazer terapêutica anti-retrovírica, entre 2007 e 2009.

Não desconsiderando outras possibilidades (como a mortalidade associada), admite-se aqui que a principal razão encontrada para explicar este valor é o fato de nem todos os casos notificados de infeção VIH/SIDA (em qualquer estadio) implicarem condições clínicas de elegibilidade para início de terapêutica.

- N.º doentes em Programa TARV por data de inscrição

Os resultados apontam para a existência de meses onde ocorre uma diminuição do número de doentes inscritos em Programa TARV: Agosto e Dezembro. Estes dois meses coincidem com



períodos característicos de férias, nos quais ocorre uma redução da atividade assistencial nas unidades de saúde (sazonalidade), particularmente no que respeita o número de consultas externas realizadas. Este resultado vai ao encontro dos dados divulgados da monitorização mensal da atividade assistencial dos hospitais do SNS (*Tableau de Bord*) (ACSS, 2012).

Uma vez que a entrada de um doente em Programa TARV ocorre mediante uma primeira consulta de infeciologia na qual é realizada a avaliação médica e o preenchimento da ficha de inclusão, lança-se como hipótese que o provável estrangulamento da atividade assistencial poderá criar constrangimentos no acesso dos doentes ao Programa TARV. Seria útil realizar uma avaliação mais pormenorizada desta situação procurando apontar soluções que possam contribuir para agilizar a entrada em Programa (*e.g.* dinamização do Hospital de Dia de Infeciologia, inscrição via plataforma eletrónica).

- N.º total de doentes inscritos por Instituição

Os resultados da análise do número total de doentes inscritos, quando se considera a Instituição aderente, revelam alguma heterogeneidade mas vão ao encontro do padrão expectável tendo em consideração a capacidade instalada de cada Instituição Hospitalar, as respetivas áreas de influência e características da população abrangida. Exemplificando, era expectável que o Hospital Joaquim Urbano tivesse o maior número de doentes VIH/SIDA em Programa TARV na região Norte, uma vez que este é um hospital referência para as especialidades de Infeciologia e Pneumologia.

- Taxa de crescimento do n.º novos doentes em Programa TARV, por Instituição

Esta variável pretende explicar a tendência de captação de novos doentes, para cada Instituição em Programa, uma vez que traduz a variação do n.º de novos doentes que entra em Programa entre cada ano em estudo.

A análise feita à taxa de crescimento dos novos doentes em TARV entre 2007 e 2009 é uma componente essencial do processo de previsão/projeção futura em termos de produção hospitalar.

Os resultados apurados apontam para a existência de heterogeneidade no comportamento de cada Instituição, comparando entre Instituições e entre anos. O período temporal em análise é consideravelmente pequeno para fazer previsões de comportamentos a longo prazo mas, empiricamente seria expectável que o número de novos doentes em Programa TARV fosse

sempre crescente para os anos iniciais. A longo prazo esta evolução crescente de entrada de novos doentes em Programa vai sendo atenuada, indo ao encontro da tendência global de diminuição da epidemia VIH/SIDA (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2011).

Nesta linha de raciocínio, é fundamental perceber, num carácter individual de cada Instituição, as razões que justificam a incapacidade de captar novos doentes. Nos resultados apresentados destacam-se os comportamentos discordantes que necessitam de uma maior análise por parte dos respetivos Conselhos de Administração e Serviços, considerando várias hipóteses: estes dados refletem a realidade do hospital? Em caso afirmativo é necessário compreender a dinâmica dos doentes VIH porque estes podem ainda não cumprir com os critérios clínicos de inclusão ou não quererem iniciar terapêutica anti-retrovírica. Em caso negativo, e uma vez que estamos na presença de dados administrativos, o processo de reporte de informação deve ser auditado de forma a identificar e corrigir eventuais erros.

- Variável Idade

Relativamente à variável Idade, em primeiro lugar é importante ter-se em consideração que a informação presente na Base de Dados apenas permite caracterizar a população VIH/SIDA em Programa de acordo com esta variável. O sexo e o número de SNS são parâmetros que constam da ficha de inclusão do doente mas que, como não são de preenchimento obrigatório, não são reportados à ACSS. Informação adicional referente à residência e ao modo de transmissão poderia igualmente ter interesse neste âmbito.

A comparação realizada entre a distribuição etária da população em TARV (2007-2009) com a distribuição etária da população notificada ao INSA com a infeção VIH/SIDA (1983-2011), pretendia determinar qual o ajuste da população TARV à realidade portuguesa. A informação apresentada evidencia que, no global, o programa de financiamento tem evidenciado resultados positivos no sentido de dar resposta às necessidades da população nacional com infeção VIH/SIDA. Para reforçar esta afirmação seria igualmente importante analisar a informação desagregada sobre o número de doentes excluídos. A informação apresentada na figura 6, aponta a existência de diferenças importantes entre as duas populações:

⇒ Classe etária dos 20-29 anos: A população em TARV corresponde a metade da população nacional notificada;

⇒ Classe etária dos 40-49 anos: A população em TARV corresponde a mais 8% do que a população nacional notificada;

É necessário considerar novamente que a população TARV representa doentes com infeção VIH/SIDA que iniciam terapêutica anti-retrovírica pela primeira vez (*naive*) e que a população INSA se refere a todos os doentes que são notificados com infeção VIH/SIDA. Assim, podemos assumir que todos os doentes que estão em Programa TARV foram notificados ao INSA (ACSS, 2007) mas que os doentes VIH/SIDA notificados não estão todos inscritos em Programa TARV (INSA, 2011).

Para explicar este cenário, podem ser levantadas várias hipóteses, a primeira das quais remete-se para razões clínicas. A figura seguinte exemplifica a evolução temporal da infeção VIH/SIDA.

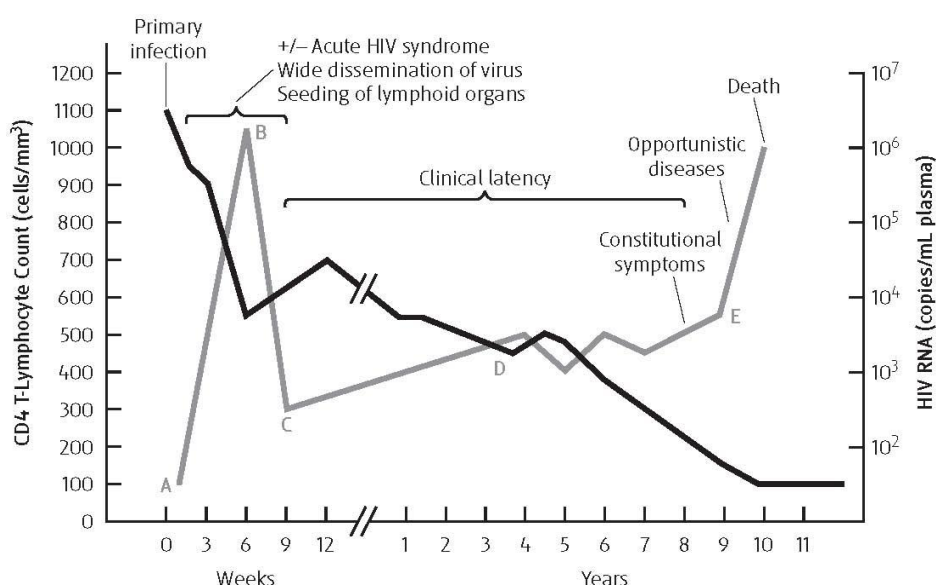


Figura 13. Evolução da infeção VIH/SIDA.

Fonte - Martin, 2009

O ciclo evolutivo do VIH demonstra que doentes mais jovens podem ser diagnosticados e notificados como doentes com infeção VIH/SIDA mas podem ainda não reunir critérios clínicos para o início de terapêutica, de acordo com as *guidelines* terapêuticas (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2009) e/ou inclusão em TARV. Estes mesmos doentes podem iniciar terapêutica ao fim de um período de tempo variável (7-15 anos) (Martin, 2009), ou seja, entram em Programa na classe etária dos 40 – 49 anos.

Outra hipótese que se levanta é existirem dificuldades na captação de doentes mais jovens (20-29 anos) por motivos de ordem diversa, como a dificuldade de aceitação do diagnóstico ou outras idiossincrasias próprias desta classe etária. Era importante alertar-se os serviços de

Infeciologia das Instituições aderentes e respetivas equipas multidisciplinares (com psicólogos e/ou assistentes sociais) para a averiguação desta possibilidade.

- N.º de recolhas doente/ano

De acordo com o formato definido para o Programa TARV uma boa adesão necessita de regularidade de contato com a respetiva unidade de saúde, nomeadamente no que se refere às recolhas de análises para avaliação da carga vírica e contagem de CD4+, cuja regularidade mínima deverá ser semestral, ou seja, duas vezes por ano (ACSS, 2010). No geral, os resultados apontam que as Instituições em Programa estão a cumprir esta frequência mínima de recolha com um valor médio de 3,3 vezes por ano.

Este valor reflete a heterogeneidade de acompanhamento aos doentes existentes em cada Instituição. Um doente que está em Programa há mais de um ano, com carga vírica indetetável, é considerado estável e necessita de um acompanhamento mais espaçado a nível temporal. Por outro lado, para um doente que está em Programa há menos de um ano e/ou um doente que tem dificuldade na adesão à terapêutica ou desenvolveu resistências, há necessidade de um acompanhamento mais incisivo sob pena destes doentes entrarem em falência de adesão.

Justifica-se um breve comentário ao comportamento do Hospital Curry Cabral cujo valor de periodicidade de recolha, sendo inferior a 2 vezes por ano, indica que não estão a cumprir a frequência mínima. Uma hipótese explicativa deste resultado poderá ser a eventual falta de capacidade instalada (face ao volume total de doentes) para a realização de consultas de acompanhamento com a periodicidade desejada.

- Critério de Inclusão: valores iniciais CD4+

A informação sobre os valores de CD4+ no momento de adesão ao Programa TARV é essencial para traçar um retrato sobre a condição clínica dos doentes com infeção VIH/SIDA e avaliar se o início da terapêutica é feito num ponto mais precoce ou mais tardio da evolução da doença. Neste âmbito, e considerando que o valor limite de inclusão no Programa é inferior a 350 células CD4+/mm<sup>3</sup>, pode afirmar-se que o valor médio global apurado de 211,9 células CD4+/mm<sup>3</sup> é um valor baixo. Este valor aproxima-se de um valor limiar de 200 células CD4+/mm<sup>3</sup>, característico de um sistema imunitário debilitado, conotado com o aparecimento

de sintomas de doença definidora de SIDA (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2009; Martin, 2009).

Dos resultados obtidos na análise por Instituição, salienta-se pela negativa o CH Gaia/Espinho com um valor de 183,4 células CD4+/mm<sup>3</sup>, traduzindo uma população de doentes que inicia a terapêutica num estadio relativamente avançado da infeção VIH/SIDA. Integrando esta informação nos resultados globais obtidos verifica-se que a resposta desta unidade de saúde passa por um maior controlo dos doentes, com a periodicidade das recolhas de 4,5 vezes por ano. Este resultado constitui um alerta para a revisão do modelo de sinalização e acompanhamento de doentes VIH/SIDA na unidade de saúde em questão e regra geral, estas unidades em Programa reagem a valores médios de CD4+ no momento de adesão com maior frequência de recolhas, ou seja, respondendo às necessidades reais dos doentes em seguimento.

- N.º de doentes com carga vírica indetetável após 6 meses de terapêutica

O objetivo da terapêutica anti-retrovírica é diminuir a capacidade de replicação do vírus VIH e consequentemente reduzir a carga vírica presente no plasma sanguíneo para valores que não conseguem ser detetados pelos testes de medição utilizados (sensibilidade do teste) (HPTN 052 Study Team, 2011).

A informação sobre o número de doentes com carga vírica indetetável apresenta uma enorme pertinência porque além de refletir o desempenho e a efetividade do Programa, oferece um retorno de informação de saúde pública, uma vez que um doente com carga vírica indetetável, tem a infeção VIH/SIDA controlada.

Neste contexto importa esclarecer que a sensibilidade do teste já permite, atualmente, detetar uma carga vírica até às 20 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml, estabelecendo novo limite. Por outro lado, a análise da base de dados foi realizada ao intervalo de tempo entre os 6 e os 12 meses em Programa, devido à heterogeneidade das datas de recolha das Instituições em Programa, conforme já discutido.

Nos resultados apresentados foram detetadas algumas inconsistências, nomeadamente no que respeita os valores apresentados para o CH Lisboa Norte (4%) e o Hospital de Faro (0%). Para melhor compreender estes resultados procedeu-se primeiramente à validação do ficheiro 'Recolhas' das unidades de saúde em causa.

No caso concreto do Hospital de Faro detetou-se uma falta de uniformização no reporte dos valores de carga vírica, que nem sempre recorre às unidades de medida pretendidas (n.º de cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml). Esta situação gera valores de carga vírica muito reduzidos e fora do intervalo clinicamente possível (Saag *et al.*, 2012). No caso do CH Lisboa Norte foi detetado um problema adicional da utilização do valor 0 para identificar situações tão díspares como análise não realizada ou valor indetetável (uma vez que o ficheiro apenas assume valores numéricos).

De seguida, procedeu-se a uma verificação da metodologia aplicada ao ficheiro 'Recolhas' considerando particularmente o filtro de exclusão dos registos que apresentam valores de carga vírica inferiores a 20 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml. Os resultados encontrados são apresentados no quadro seguinte e confirmam os erros encontrados.

**Quadro XXV. Detecção de erros de preenchimento do ficheiro 'Recolhas'**

Instituição	Todos os Registos	Filtro RNA<20	Todos os Filtros
	%		
CH de Cascais	16	16	13
CH de Coimbra	26	14	14
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	57	45	43
CH Lisboa Central	193	171	146
CH Lisboa Norte	184	11	11
CH Lisboa Ocidental	157	151	149
CH de Setúbal	75	75	75
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	37	9	9
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	20	11	11
Hospital Curry Cabral	68	63	61
Hospital de Faro	180	0	0
Hospital Garcia de Orta	162	99	83
Hospital Joaquim Urbano	143	85	83
Hospital de São João	156	14	14
Hospitais Universitários de Coimbra	79	10	10
ULS Matosinhos	69	33	33
<b>Total</b>	<b>1622</b>	<b>807</b>	<b>755</b>

A informação constante do quadro apresentado confirma o exemplo do Hospital de Faro que assume o valor de 0% quando são excluídos os valores de carga vírica inferiores a 20 cópias VIH<sup>-1</sup> ARN/ml e outras Instituições também apresentam valores muito díspares do que empiricamente seria expectável. Estas suposições são confirmadas pela análise e discussão do indicador de efetividade do Programa.

Conclui-se que o filtro utilizado na limpeza da base de dados não pode ser efetuado, ainda que tenha validade clínica, e que os resultados obtidos só devem ser considerados como sugestão para um aperfeiçoamento dos resultados. Sugere-se ainda que seja corrigido o formato do ficheiro Excel, com a reparametrização clínica dos campos de recolha (*e.g.* como se deve reportar um valor de carga vírica indetetável) como forma de corrigir possíveis enviesamentos e melhorar a consistência da informação clínica reportada.

## **Principais esquemas terapêuticos e apuramento do custo médio da despesa em medicamentos anti-retrovirais**

Dos resultados apresentados, é possível constatar que há uma grande adesão às *guidelines* em vigor à data (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2009) com os três esquemas iniciais mais representativos a serem responsáveis por quase metade das prescrições. No geral, é também possível constatar que há bastante homogeneidade nas práticas de prescrição inicial, motivo que leva o top-10 dos esquemas mais frequentes a representarem mais de 95% das prescrições em algumas unidades.

Há no entanto que ressaltar os Hospitais Universitários de Coimbra e a ULS de Matosinhos, onde efetivamente se observa uma maior difusão de esquemas terapêuticos iniciais. Esta poderá advir de particularidades dos doentes aqui seguidos, mas, mais provavelmente, será consequência de normas e protocolos não formalizados ou com uma maleabilidade excessiva, o que, sendo de utilidade clínica discutível, poderá ter um impacto negativo sobre o volume de encomenda (já que vai dispersar os pedidos) dificultando assim o acesso a melhores condições comerciais no processo de negociação de preços.

De notar que o CH Lisboa Ocidental, apresenta simultaneamente a menor variabilidade de protocolo (50% dos doentes iniciam terapêutica com o mesmo esquema).

Relativamente ao apuramento do custo médio anual de doente *naïve* por Instituição, a partir dos resultados obtidos, e uma vez que, anualmente, cada doente em Programa é remunerado num valor de 11.040€, conclui-se que esta é uma linha de contratualização que não é facilmente rentável. No quadro seguinte apresenta-se o resultado do exercício de comparação entre o preço compreensivo pago e o custo médio estimado.

Quadro XXVI. Comparação entre o preço compreensivo pago e o custo médio estimado, por Instituição

Instituição	$\Delta$
CH de Cascais	-179,36 €
CH de Coimbra	955,86 €
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	661,91 €
CH Lisboa Central	264,23 €
CH Lisboa Norte	618,61 €
CH Lisboa Ocidental	557,11 €
CH de Setúbal	121,84 €
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	889,36 €
Hospital Nossa Sr. <sup>a</sup> do Rosário	81,86 €
Hospital Curry Cabral	2.031,57 €
Hospital de Faro	320,13 €
Hospital Garcia de Orta	1.183,73 €
Hospital Joaquim Urbano	1.843,08 €
Hospital de São João	1.031,13 €
Hospitais Universitários de Coimbra	475,30 €
ULS Matosinhos	1.671,05 €

Os custos médios anuais calculados são atingíveis apenas no melhor dos cenários, já que presumem a ausência de custo com outras terapêuticas, bem como apenas o mínimo indispensável no acompanhamento do doente.

Ainda assim, e uma vez que é expectável que algumas das Instituições em questão estejam a adquirir os seus fármacos a custos inferiores aos aqui referidos, é possível que as margens reais possam ser superiores, em particular nas Instituições que acompanhem grande número de doentes, ou que consigam concentrar volumes de compra nos mesmos fármacos, negociando assim descontos financeiros (*rappe!*).

Das várias instituições em análise, destacam-se pela positiva o Hospital Curry Cabral e o Hospital Joaquim Urbano, com margens anuais estimadas a rondar os 2.000€ por doente. Analisando os dados destas Instituições, denota-se uma tendência para assignar proporções consideráveis dos seus doentes para esquemas terapêuticos mais económicos, constituídos por fármacos que já estão presentes no mercado há mais tempo. Não obstante, no presente estudo não são detetados indícios destas unidades poderem estar aquém das restantes em termos de efetividade ou adesão terapêutica, pelo que esta poderá ser uma estratégia a seguir pelas restantes unidades no sentido de rentabilizar esta linha de produção.



No extremo inverso parece encontrar-se o CH de Cascais que no primeiro ano em que aderiu ao programa operou com margens negativas, em grande medida fruto do encaminhamento de mais de 50% dos seus doentes para os esquemas terapêuticos que o presente estudo determinou serem mais caros.

No entanto, considerando que a fonte dos custos com terapêutica é o catálogo de aprovisionamento público da saúde, é pouco provável que o CH de Cascais, uma Parceria Público Privada integrada no grupo HPP, possivelmente sem os estrangulamentos de tesouraria que a maior parte dos hospitais do SNS enfrenta e com uma maior capacidade de negociação dos prazos de pagamento, não consiga obter preços inferiores aos analisados.

## **Indicadores de adesão e efetividade do Programa TARV**

Teoricamente, a conceptualização do modelo de financiamento em análise prevê a atribuição do volume de financiamento previsto mediante a concretização dos objetivos definidos pelos indicadores de monitorização do Programa (ACSS, 2010).

Para o Indicador 1- *‘Proporção Adesão Terapêutica Anti-retrovírica’* o objetivo consiste em obter um número de doentes que não levantam terapêutica anti-retroviral na data prevista inferior a 5% (com uma margem de ponderação de 40%). Na análise temporal realizada os resultados obtidos cumprem, no geral, a meta estabelecida, mas verifica-se um aumento gradual no número de doentes que são excluídos por falta de levantamento de terapêutica anti-retrovírica, conduzindo a falhas na adesão quer por dificuldades na adesão ou por abandono.

Observa-se algumas Instituições com aumentos súbitos em 2009 (CH de Coimbra, CH de Gaia/Espinho, Hospital de Faro, Hospitais Universitários de Coimbra) que sugerem novamente que o reporte de informação não estava a ser feito corretamente pelas Instituições em anos anteriores. Neste contexto particular, a informação refere-se à previsão e controlo das datas de levantamentos e terapêutica dos doentes (presenças). Um outro resultado ambíguo que sugere problemas no reporte da informação ocorre no ano de 2008 para o Hospital Garcia de Orta.

Para o Indicador 2- *‘Proporção de Abandono de Acompanhamento Hospitalar’* o objetivo consiste em obter um número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares inferior a 5% (com uma margem de ponderação de 40%).

Na análise temporal realizada os resultados obtidos cumprem, no geral, a meta estabelecida inferindo-se que, a maioria dos doentes em Programa TARV, cumprem com regularidade de consultas de seguimento. Apenas a ULS de Matosinhos apresenta um padrão de crescimento indicando que está a aumentar o número de doentes em Programa que falha a 2 consultas hospitalares, o que em última análise se traduz num possível abandono de terapêutica. Este comportamento deverá ser verificado pela Instituição em causa, uma vez que promover a adesão terapêutica é essencial quer por motivos de saúde pública, quer por motivos de custos. Como em qualquer outra doença crónica, a adesão à terapêutica é de extrema importância de forma a manter o vírus controlado e não se desenvolver resistências aos medicamentos, situação que pode agravar o contexto clínico do doente (Cabral & Silva, 2010).

Para o Indicador 3- *‘Proporção de Doentes com Infecção VIH controlada’* ou, no caso deste estudo, que utiliza o número de doentes com infeção VIH não controlada considerando que a meta é inferior a 30% (com uma margem de ponderação de 20%).

Este indicador reflete a efetividade do tratamento, uma vez que traduz os resultados diretos da toma de terapêutica anti-retrovírica (Pereira, 2004). Na análise temporal realizada os resultados obtidos revelam a existência de variabilidade intrahospitalar e um aumento progressivo ao longo do tempo no número de doentes com infeção não controlada. As situações mais discrepantes verificam-se no Hospital Curry Cabral e no Hospital Garcia de Orta, ambas em 2009 e revelam a existência de um elevado número de doentes em terapêutica anti-retrovírica que não está a alcançar os objetivos clínicos desejados. No caso concreto do Hospital Curry Cabral uma avaliação transversal a todos os resultados apresentados até este ponto sugere que esta unidade de saúde poderá apresentar problemas no acompanhamento dos seus doentes: entrada em TARV com valores baixos de CD4+, frequência de recolhas inferior ao aconselhado para doentes *naive* e um indicador de efetividade a mostrar que em 2009, mais de 50% dos doentes em Programa não tinham a infeção controlada.

Sugere-se que estes resultados sejam analisados em conjunto pelos Serviços clínicos competentes e respetiva Administração para apuramento das causas inerentes a estes resultados. Estas considerações levantam questões sobre o custo-efetividade das terapêuticas anti-retrovírica escolhidas e o trabalho de acompanhamento desenvolvido.

Existe uma relação teórica entre os três indicadores de monitorização que caracterizam um processo de encadeamento de ações: um doente que falha uma consulta (ou mais) vai falhar no levantamento da terapêutica anti-retrovírica, por não ter prescrição para o respetivo

levantamento em farmácia hospitalar. Sem a toma diária dos seus medicamentos, um doente VIH/SIDA vai provavelmente aumentar a sua carga vírica para valores detetáveis. Na prática, os resultados evidenciam esta interligação apenas no Hospital de Faro e no Hospital Garcia de Orta.

## **O processo de contratualização nas Instituições em Programa TARV**

64

A contratualização nos hospitais constitui uma importante ferramenta de gestão por assegurar uma prestação de cuidados de saúde eficiente, garantindo que o nível de atividade do hospital satisfaz as necessidades de saúde da população (desempenho) e que não existe desperdício de recursos económicos (Matos *et al.*, 2010). Neste contexto justifica-se a análise comparativa realizada, uma vez que os resultados obtidos com esta análise retratam o cenário da contratualização, no que diz respeito à linha de produção VIH/SIDA.

No global a leitura dos dados permite afirmar que as unidades de saúde em Programa TARV estão a ajustar o seu mecanismo de contratualização uma vez que ainda subsistem diferenças significativas entre a produção realizada e a produção contratualizada, no que se refere ao número de doentes, com exceção do Hospital de Nossa Sr.<sup>a</sup> do Rosário. Este desfasamento é uma consequência provável de um deficiente processo de projeção do crescimento da produção que não está a ter em linha de conta a respetiva taxa de crescimento (assumindo um crescimento instantâneo) nem o número de doentes excluídos.

O ano de 2009 foi o primeiro ano em que a linha de produção VIH/SIDA passou a estar sujeita aos limites do volume contratado. De acordo com a ACSS (2009c), e para os novos doentes de VIH/SIDA, quando o número de doentes realizado por linha de produção é inferior a 50% do volume contratado não há lugar a qualquer pagamento. Quando o volume da produção realizada é superior ao volume contratado, cada doente produzido acima desse valor (até ao máximo de 10%) é pago a 75% do preço contratado.

Os ajustamentos ao montante total para pagamento da atividade do SNS devido a desvios da produção hospitalar face aos valores contratados e respetivo acerto de contas são efetuados no primeiro trimestre (ACSS, 2009c).

Um rápido exercício comparativo permite fazer um ponto de situação sobre a contratualização da linha de produção VIH/SIDA, em 2009 cujos resultados são os seguintes (Quadro XXVII):

Quadro XXVII. *Significado Financeiro do Resultado do Processo de Contratualização em 2009, por Instituição*

Instituição	$\Delta$ ( Real - Cont)	Por receber
	(n.º doentes)	€
CH de Cascais	-	-
CH de Coimbra	-6,8	75.440,0 €
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	<b>33,9</b>	<b>306.544,0 €</b>
CH Lisboa Central	<b>176,8</b>	<b>1.828.040,0 €</b>
CH Lisboa Norte	<b>198,7</b>	<b>2.141.116,0 €</b>
CH Lisboa Ocidental	<b>92,3</b>	<b>877.680,0 €</b>
CH de Setúbal	-46,3	510.600,0 €
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	-24,3	268.640,0 €
Hospital Nossa Sr.ª do Rosário	-0,3	3.680,0 €
Hospital Curry Cabral	<b>68,8</b>	<b>609.132,0 €</b>
Hospital de Faro	<b>23,5</b>	<b>96.324,0 €</b>
Hospital Garcia de Orta	-32,3	356.040,0 €
Hospital Joaquim Urbano	-78,6	867.560,0 €
Hospital de São João	<b>63,3</b>	<b>549.332,0 €</b>
Hospitais Universitários de Coimbra	-44,9	495.880,0 €
ULS Matosinhos	-30,8	339.480,0 €
<b>TOTAL</b>		<b>9.325.488,0 €</b>

As Instituições com um número de doentes realizado superior ao número de doentes contratualizado encontram-se destacadas e o cálculo do volume financeiro (€) que fica por receber no total das Instituições é calculado com base nas regras de produção marginal já referidas. O valor total apresentado para as 16 Instituições assume 31% do montante global disponibilizado no início de 2009 pela ACSS, para o Programa TARV. A informação apresentada reforça a conclusão que o processo de contratualização destas Instituições está a negligenciar um potencial de financiamento muito grande.

## Considerações e Recomendações sobre os SI

A análise feita ao Programa TARV não ficaria completa sem a avaliação dos procedimentos e SI envolvidos no processo de recolha e monitorização da informação. Esta avaliação permite formular algumas recomendações sobre a replicação deste modelo de financiamento (e deste formato) para outras doenças/grupos de doentes identificados como fonte de elevados encargos para o SNS.

Empiricamente, considera-se que o *workflow* do Programa TARV apresenta algumas particularidades que conduzem a estrangulamentos na recolha de informação do modelo de financiamento analisado.

A primeira questão a ser considerada está relacionada com a inclusão de doentes no Programa. Foi lançada a hipótese que uma redução na atividade assistencial poderá criar constrangimentos no acesso dos doentes ao Programa TARV. Seria útil realizar uma avaliação mais pormenorizada desta situação procurando apontar soluções que possam contribuir para agilizar a entrada em Programa (e.g. dinamização do Hospital de Dia de Infeciologia) mas admite-se que deverá ocorrer uma simplificação do processo de inclusão do doente, sugerindo-se para este efeito a criação de uma plataforma *online* de acesso rápido e fácil.

Há depois que considerar a qualidade da informação disponível. A base de dados resultante do Programa TARV apresenta importantes contributos na ótica da saúde pública e da economia da saúde, principalmente quando se prevê a abrangência, em 2012, do Programa TARV a todos os doentes com infeção VIH/SIDA tratados em ambulatório. No entanto, enquanto se mantiver o atual método de recolha de dados a sua utilização, estará severamente limitada, dado o prévio investimento de tempo necessário à sua análise.

A primeira grande limitação do atual SI, amplamente referenciada no capítulo que apresenta as limitações encontradas, remete-se para o formato *Excel* do ficheiro de recolha de informação e respetiva parametrização de campos. É, de fato, imperativo avançar com um SI estruturado, capaz de gerar dados uniformes e fiáveis. A liberdade de preenchimento inerente ao sistema baseado em Excel poder ser conveniente para quem está a recolher os dados no terreno, mas gera dificuldades no momento de os processar e validar, podendo inclusive inviabilizar a sua análise.

O preenchimento de dados administrativos e o número de intervenientes no fluxo do processo são também alvo de críticas. Antes da comunicação da informação anual à ACSS existe, a nível hospitalar, um circuito de carregamento de dados que integra o Serviço Farmacêutico, o Serviço de Patologia Clínica e o Serviço de Infeciologia (ACSS, 2010). Para além dos atrasos no preenchimento imputados a cada Serviço, e da co-dependência gerada, existe igualmente, devido ao número de intervenientes no processo, uma elevada probabilidade de erros e falta de conformidade no processo de preenchimento.

Torna-se evidente que este circuito necessita de uma revisão interna e sugere-se, como forma de agilizar o processo e garantir maior fiabilidade dos dados reportados, que o circuito de carregamento de dados pudesse ser da responsabilidade de um grupo mais restrito de pessoas (um ou dois elementos), com formação apropriada a este desempenho, submetidos a uma

validação obrigatória pela Direção do Serviço e/ou Direção Clínica da Instituição. Esta sugestão pode ser facilmente enquadrada com a implementação do SI.VIDA.

Em alternativa, poder-se-ia considerar toda uma reformulação do processo, no sentido de o tornar totalmente baseado na aplicação que efetua o reporte, assegurando o preenchimento em tempo real pelos elementos envolvidos (médicos, farmacêuticos, técnicos de patologia clínica). Esta solução permitiria não só a redução do número de intervenientes no registo dos dados, como também encadear as várias fases do programa (consulta, recolha, levantamento), no sentido de forçar o processo definido.

Para além destas recomendações, na replicação deste modelo de financiamento a outras doenças deve ter-se em atenção a seleção e parametrização de todas as variáveis a utilizar, principalmente no que diz respeito às unidades de medição e intervalos de valores aceitáveis (quer sejam variáveis clínicas ou não) bem como a definição precisa dos indicadores de monitorização do desempenho, recorrendo sempre à aplicação de testes de consistência à informação resultante para validação dos resultados obtidos.

Esta questão é de particular relevo para o registo dos fármacos prescritos. Este não pode ser baseado em campos de texto livre, mas sim em campos pré-definidos, com base nas DCI, e permitindo a seleção da respetiva dosagem e posologia.

Há, no entanto, que considerar que esta formulação dos registos (com base em campos com validações ou valores pré-definidos) implica um esforço permanente de acompanhamento, desenvolvimento e atualização, quer das regras de validação, quer das listagens que originam as opções que o utilizador escolhe para preencher os formulários.

## CONCLUSÃO

Nos últimos dez anos, a maioria dos países da OCDE, incluindo Portugal, tem apresentado um crescimento da despesa em saúde, em grande medida agravado pelo aumento do consumo de medicamentos no ambulatório hospitalar.

O ambiente hospitalar é a principal porta de introdução de novos fármacos no hábito de prescrição e os números atuais apontam para gastos na ordem dos mil milhões de euros, justificados pelo maior consumo de medicamentos de cedência gratuita e obrigatória em farmácia hospitalar, nos quais se destaca a terapêutica anti-retrovírica para a infeção VIH/SIDA.

A tendência crescente no consumo de medicamentos anti-retrovíricos tem acompanhado a cronicidade da doença. O acesso universal à terapêutica disponível permitiu reduzir significativamente a morbilidade e mortalidade associadas à infeção VIH/SIDA conduzindo a sociedade a encará-la como uma doença crónica.

Em Portugal, esta problemática tem vindo a ser uma preocupação constante e crescente no domínio das políticas públicas e uma das áreas principais de intervenção do SNS, que se responsabiliza pela prestação de cuidados de saúde aos indivíduos infetados pelo VIH, em todas as fases da doença.

Em 2007, foi introduzido um modelo experimental de financiamento aos prestadores de cuidados de saúde a doentes *naïve* com infeção VIH/SIDA (Programa TARV) que se destina ao pagamento de cuidados prestados em regime de ambulatório. A conceção deste programa de contratualização foi idealizada no âmbito da gestão integrada da doença e, para 2012, prevê-se o seu alargamento a todas as unidades hospitalares e a todos os doentes com infeção VIH/SIDA em tratamento.

Na prática, a implementação de um programa desta natureza tem por base 3 pressupostos: em primeiro lugar, criar incentivos para os hospitais atuarem mais precocemente no diagnóstico e tratamento da doença - em boa verdade, à parte das sessões de Hospital de Dia de Infeciologia, até à introdução do Programa TARV, os Hospitais do SNS não tinham qualquer incentivo financeiro para investir em linhas de cuidados em regime ambulatório para os doentes com infeção VIH/SIDA; em segundo lugar, assegurar a equidade (e qualidade) no acesso e acompanhamento destes doentes, nomeadamente mediante a definição de objetivos

e *timings* de controlo da infeção; por último, exercer influência ao nível de seleção e preços de fármacos: ao definir um preço compreensivo pago por doente.mês, o Estado pode ter uma influência direta nas linhas estratégicas adotadas, em termos de esquemas terapêuticos, pressionando quer fornecedores (para baixar os preços a valores que permitam a continuidade desta linha de financiamento), quer a própria prática clínica, pressionando os hospitais a optarem por esquemas terapêuticos cujos preços assegurem a sustentabilidade do modelo encontrado.

Os objetivos inicialmente definidos para este trabalho de campo eram ambiciosos e propunham uma descrição e análise do Programa TARV, de 2007 a 2009, com a determinação dos principais esquemas terapêuticos utilizados, o apuramento do custo médio anual da despesa em medicamentos anti-retrovíricos, uma análise evolutiva dos indicadores de adesão e efetividade, uma avaliação do processo de contratualização das Instituições e, por último, uma análise dos procedimentos e SI hospitalares envolvidos nos processos de recolha e monitorização da informação.

A análise realizada ao triénio permite defender que, globalmente, o Programa TARV tem tido um bom desempenho no que se refere ao acesso dos doentes com infeção VIH/SIDA à terapêutica anti-retrovírica e à qualidade do acompanhamento, que é desenvolvido pelas equipas multidisciplinares dos serviços em causa. No entanto, e face aos resultados do último ano em análise, o abandono das consultas e da terapêutica com consequente falha na adesão terapêutica deverá continuar a ser uma preocupação constante das Instituições, em última análise, pelas implicações que tem em Saúde Pública.

Foram apurados resultados que indicam que os principais esquemas terapêuticos utilizados vão ao encontro das *guidelines* terapêuticas nacionais para o tratamento de doentes que iniciam terapêutica pela primeira vez (doentes *naive*). De acordo com a metodologia utilizada, o custo do acompanhamento anual de um doente com infeção VIH/SIDA ronda os 10.000 €. Este valor médio estimado é inferior ao preço compreensivo pago anualmente e revela incertezas sobre o esforço financeiro de cada Instituição e a sustentabilidade económica do próprio Programa.

No entanto, a leitura global dos dados da avaliação feita ao processo de contratualização permite afirmar que ainda subsistem diferenças significativas entre a produção realizada e a produção contratualizada, e que essas diferenças assumiram financeiramente, em 2009, um



valor correspondente a 31% do montante global disponibilizado para financiamento do Programa TARV.

As dificuldades encontradas e as limitações existentes na base de dados levam a considerar que o SI utilizado na recolha, processamento e monitorização da informação sobre os doentes em Programa TARV não é o mais adequado para tratar o volume de informação gerado e que o atual *workflow* do processo conduz a estrangulamentos na recolha de informação do modelo de financiamento analisado, necessitando de um processo de revisão.

Considera-se assim que os objetivos propostos foram alcançados na perspetiva da Administração Hospitalar. No entanto, e no seguimento do trabalho desenvolvido, deixa-se algumas sugestões sobre linhas de investigação futuras: estudo sobre a adesão terapêutica dos doentes *naive*; análise de custo-efetividade às terapêuticas mais utilizadas no tratamento de doentes *naive*, para averiguar o retorno real das mesmas, em termos de ganhos em saúde; averiguar sobre a possibilidade de cruzamento da informação da base de dados do Programa TARV com os dados do internamento no SNS (vulgo "base de dados GDH") e estudar possíveis externalidades positivas do Programa TARV nos episódios de internamento e custos associados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. Hospitais SNS. Contrato-Programa 2007. Preços e convergência. Fixação de objectivos. ACSS - Comissão para a Contratualização em Saúde; 2006. p. 67.

ACSS. Circular Normativa N.º 6. ACSS; 2009. p. 35.

ACSS. Contrato-Programa 2007: Circular Normativa N.º 6. VIH/SIDA. Lisboa: ACSS; 2007a. p. 16.

ACSS. Hospitais SNS. Contrato-Programa 2008. Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos. ACSS - UOFC; 2007b. p. 46.

ACSS. Programa TARV - doentes em terapêuticas antiretrovíricas. Processo de monitorização. ACSS - UOFC; 2010. p. 41.

ACSS. Contrato-Programa 2012. Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos. ACSS - UOFC; 2012a. p. 38.

ACSS. Monitorização Regiões Saúde. 2012 [cited 2012 20 Setembro]; Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/SNS/MonitorizaçãoMensual/tabid/533/language/pt-PT/Default.aspx>

Afonso A, Nunes C. Estatística e Probabilidades. Aplicações e Soluções em SPSS. Lisboa: Escolar editora; 2011.

Azevedo M. Sugestões para estruturação da escrita. 3ª ed. Lisboa: Universidade Católica; 2003. (Teses, relatórios e trabalho escolares).

Barros PP, Nunes LC. 10 Anos de Política do Medicamento em Portugal. Lisboa: GANEC - Nova School of Business & Economics; 2011.

Cabral MV, Silva PAd. A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa 2010 [cited 2011 25 de Julho]; Available from: <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>

Carvalho AJL. Gestão Integrada de Cuidados de Saúde para a infecção VIH/SIDA. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção pelo VIH/sida – 2007/2010. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida; 2007. p. 80.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/sida. 2009 [cited 2012 19 de Abril]; Available from: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/030A05A2-12E7-4710-832D-BCE84E17C93B/0/i006008.pdf>

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção pelo VIH e sida 2011-2015. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida; 2011. p. 30.

Costa C, Santana R, Lopes S. Custos e preços na Saúde. Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência [Versão preliminar]. Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2011. p. 27.

CPLP/UNAIDS. Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa. Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Brasília: CPLP e UNAIDS; 2010.

Department of Health Payment by Results Team. HIV Outpatients and Payment by Results Currency. A simple guide. 2012 [cited 2012 25 Setembro]; Available from: <http://www.dh.gov.uk/health/2012/04/pbr-sexual-health/>

Escoval A, Coelho A, Diniz JA, Rodrigues M, Moreira F, Espiga P. Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2010a;volume temático 9:105-16.

Escoval A, Fernandes AC, Matos TT, Santos ATL. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares. Ministério da Saúde; 2010b. p. 78.

Furtado C, Oliveira R. Análise da Evolução do Mercado Total de Medicamentos entre 2003 e 2010. 2011 [cited 2012 07 de Março]; Available from: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSEVATORIO/INTRODUCAO\\_DE\\_FICHEIROS/Monit-MT-2003-2010\\_20110513\\_.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSEVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Monit-MT-2003-2010_20110513_.pdf)

Gazzard BG, Jones RS. From death to life: two decades of progress in HIV therapy. In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, editors. HIV/AIDS in Europe Moving from death sentence to chronic disease management: WHO; 2006.

Governo de Portugal. Programa do XIX Governo Constitucional. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros; 2011. p. 128.

Governo de Portugal. Tradução do conteúdo do 'Memorando de Entendimento sobre as Condições de Política Económica'. 2011 [cited 2012 28 de Fevereiro]; Available from: [http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf)

HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. The New England Journal of Medicine. 2011; 365(6):13.

INE. Taxa de mortalidade por doença pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário. 2010 [cited 2012 07 de Maio]; Available from: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0005015&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005015&contexto=bd&selTab=tab2)

73

Infarmed. Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar. 2011 [cited 2012 13 de Março]; Available from: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2011/Rel\\_ConsumoMedicamentos%20emMeioHospitalar\\_vfinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2011/Rel_ConsumoMedicamentos%20emMeioHospitalar_vfinal.pdf)

Infarmed. Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar. Relatório Mensal - Junho 2012. 2012 [cited 2012 07 de Agosto]; Available from: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2012/Rel\\_ConsumoMedicamentos\\_MeioHospitalar201206.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2012/Rel_ConsumoMedicamentos_MeioHospitalar201206.pdf)

Infarmed. Infomed - Base de dados de medicamentos. 2012 [cited 2012 24 de Maio]; Available from: <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>

INSA. Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas em colaboração com Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA; 2012 Junho.

Ivo RS. Desafio: Optimizar a gestão do medicamento. Saúde em análise Uma visão para o futuro. Lisboa: Deloitte; 2011. p. 102-3.

Lopes M. O modelo de financiamento do VIH/SIDA na óptica institucional. Lisboa: Workshop Financiamento da Doença Crónica - APES; 2010.

Martin DJ. Immunology of HIV Infection and the Host Response. 2009 [cited 2012 15 de Setembro]; Available from: <http://ftguonline.org/ftgu-232/index.php/ftgu/article/view/1970/3936>

Matic S. Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe. In: Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, editors. HIV/AIDS in Europe Moving from death sentence to chronic disease management: WHO; 2006.

Matos TT, Ferreira AC, Lourenço A, Escoval A. Contratualização interna vs. contratualização externa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2010;9:161:80.

MS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.

Pereira J. Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos. Documento de trabalho 1/93. 4ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2004.

Portaria n.º 103/2005. DR. 1ª Série B. 17. (2005-01-25); 601. Integra a infecção pelo VIH na lista de doenças de declaração obrigatória.

Portaria n.º 839-A/2009. DR. 1ª Série N.º 147 (2009-07-31); 123. Integra as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde.

Reis AC, Guerra M, Lencastre L. Treatment adherence, quality of life and clinical variables in HIV/AIDS infection. Tenth International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow: Universidade do Porto; 2010.

Ribeiro JAM, Barreto AXD, Varanda JAV, Penedo JMVdS, Caiado JCF, Nunes JM, et al. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. Os Cidadãos no centro do Sistema os Profissionais no centro da mudança. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011.

Saag MS, Chambers HF, Eliopoulos GM, Gilbert DN, Robert C. Moellering J. The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2012. 20ª ed: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2012.

Silva JAd. Política do medicamento em tempo de crise. Serviço Nacional de Saúde As ameaças, a crise e os desafios. Coimbra: Edições Almedina, S.A.; 2012. p. 99-105.

Smart Study Group. CD4+ Count-Guided Interruption of Antiretroviral Treatment. The New England Journal of Medicine. 2006;355(22):2283-96.

SPMS. Catálogo de aprovisionamento público da saúde. 2012 [cited 2012 19 Setembro]; Available from: [http://www.catalogo.min-saude.pt/caps/publico/pub\\_consulta.asp](http://www.catalogo.min-saude.pt/caps/publico/pub_consulta.asp)

UNAIDS. World AIDS Day Report 2011. Genebra: UNAIDS; 2011.

WHO. Global Health Observatory Data Repository. 2011 [cited 2012 06 de Agosto]; Available from: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=61310>

## **ANEXOS**

## Anexo 1

Patologia Especial	Âmbito	Comp.	Legislação
<b>INDIVÍDUOS AFECTADOS PELO VIH</b>	Medicamentos indicados para o tratamento da infeção pelo VIH, incluídos no Despacho n.º 280/96.	100%	Desp. 14/91, de 3/7; Desp. 8/93, de 26/2; Desp. 6/94, de 6/6; Desp. 1/96, de 4/1; Desp. 280/96, de 6/9, alterado pelo Desp. 6 778/97, de 7/8; Desp. 5772/2005, de 27/12/2004

Fonte – site Infarmed

### **Despacho n.º 14/91, de 3 de Julho**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_14-91.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_14-91.pdf)

### **Despacho n.º 8/93, de 26 de Fevereiro**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_8-93.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_8-93.pdf)

### **Despacho n.º 6/94, de 6 de Junho**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_6-94.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_6-94.pdf)

### **Despacho n.º 1/96, de 4 de Janeiro**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_1-96.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_1-96.pdf)

### **Despacho n.º 280/96, de 6 de Setembro**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_280-96.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_280-96.pdf)

### **Despacho n.º 5772/2005, de 27/12/2004**

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_FARMACEUTICA\\_COMPILADA/TITULO\\_IV/despacho\\_5772\\_2005.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_5772_2005.pdf)

**Despacho n.º 14/91, de 3 de Julho**

(DR, 2.ª série, n.º 164, de 19 de Julho de 1991)

**Acesso ao medicamento *Retrovir***

Pelo Desp. 3/87, de 30-4, do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde, publicado no *DR*, 2.ª, 116, de 21-5, foi autorizado, pelo prazo de um ano, o registo do medicamento denominado *Retrovir*, para ser fornecido exclusivamente às farmácias dos hospitais centrais.

Considerando que:

Nos termos do n.º 4 daquele despacho, o regime nele fixado deve ser revisto findo o prazo de um ano;

As condições epidemiológicas actuais são caracterizadas por um número cada vez maior de indivíduos afectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH);

As características da evolução clínica da infecção estão condicionadas pela utilização do *Retrovir*, único medicamento actualmente disponível para combater;

O fornecimento exclusivo às farmácias dos hospitais centrais é demasiado limitativo;

A utilização deste medicamento deve continuar a não acarretar qualquer encargo para o utente;

Considerando ainda a necessidade de se proceder à definição das entidades a quem compete assumir os respectivos encargos:

Nos termos do n.º 3 do art. 80.º do Dec.-Lei 72/91, 8-2, determino o seguinte:

1 – Todos os casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) devem ser notificados à Comissão Nacional de Luta contra a SIDA.

2 – A Direcção-Geral dos Hospitais, em colaboração com a Comissão Nacional da Luta contra a SIDA, procederá, no prazo de 30 dias, à revisão das normas de utilização do *Retrovir*.

3 – O fornecimento do *Retrovir* será feito exclusivamente através das farmácias dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, gratuitamente para o utente.

4 – Os encargos decorrentes do tratamento com o *Retrovir* são da responsabilidade das seguintes entidades:

4.1 – Em regime de internamento, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, durante o período em que os doentes aí se encontrem internados, sem prejuízo da aplicação do disposto na Port. 409/90, de 31-5.

4.2 – Em regime ambulatorio, da administração regional de saúde da área da residência do utente, salvo se a responsabilidade couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou a outra entidade pública ou privada.

5 – Este despacho deverá ser revisto no prazo de um ano.

3-7-91. — O Ministro da Saúde, *Arlindo de Carvalho*.



**Despacho n.º 8/93, de 26 de Fevereiro**

(DR, 2.ª série, n.º 70, de 24 de Março de 1993)

**Acesso ao medicamento *Videx*, para o tratamento dos doentes afectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida**

De acordo com as condições de aprovação comunitárias e da Comissão Técnica de Medicamentos expressas no resumo das características do medicamento *Videx* (didanosina), este está indicado para o tratamento de adultos e crianças, de idade superior a seis meses, com infecção sintomática pelo vírus HIV, que apresentam intolerância ao tratamento com a zidovudina ou que tenham demonstrado significativa deterioração clínica ou imunológica durante o tratamento com a zidovudina.

De acordo com o parecer técnico emitido pela Comissão Nacional da Luta contra a SIDA, a autorização de introdução no mercado do *Videx* (didanosina) deve ser restrita a uso hospitalar.

Importante se torna pois estipular as condições de fornecimento e utilização daquele medicamento, bem como definir as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Assim nos termos do disposto no art. 8.º do Dec.-Lei 72/91, de 8-2, determino:

1 – O fornecimento do medicamento *Videx* (didanosina) é feito exclusivamente através dos serviços de farmácia dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, para os doentes afectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida.

2 – A utilização do *Videx* (didanosina) deverá observar as condições estabelecidas pelo protocolo de utilização daquele medicamento, elaborado pela Comissão Nacional da Luta contra a SIDA.

3 – O fornecimento do medicamento *Videx* é gratuito para o doente, constituindo os respectivos encargos responsabilidade das seguintes entidades:

- a) Em regime de internamento, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, durante o período em que os doentes aí se encontram internados, sem prejuízo da aplicação do disposto na Port. 378-A/92, de 2-5;
- b) Em regime ambulatorio, da administração regional de saúde da área da residência do doente, salvo se a responsabilidade pelos encargos couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

26-2-93. — O Ministro da Saúde, *Arlindo Gomes de Carvalho*.

**Despacho n.º 6/94, de 6 de Junho**

(DR, 2.ª série, n.º 154, de 6 de Julho de 1994)

*Acesso ao medicamento Apo-Zidovudine*

Em Dezembro de 1993 foi autorizada a introdução no mercado do medicamento *Apo-Zidovudine* (zidovudina), para o tratamento das manifestações de infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (VHI), nos estudos da SIDA e complexo relacionado com SIDA, restrito ao uso exclusivo hospitalar.

Dada a especificidade do medicamento, importa definir as condições de fornecimento e utilização daquele, bem como as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Nos termos do art. 8.º do Dec.-Lei 72/91, de 8-2, determino que o medicamento *Apo-Zidovudine* seja fornecido nos termos estabelecidos para o medicamento *Retrovir*, pelo Desp. 14/91, de 3-7, publicado no *DR*, 2.ª, 164, de 19-7-91.

6-6-94. — O Secretário de Estado da Saúde, *José Carlos Lopes Martins*.

**Despacho n.º 1/96, de 5 de Fevereiro**

(DR, 2.ª série, n.º 57, de 7 de Março de 1996)

**Acesso ao medicamento *HIVID*, para os doentes afectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida**

De acordo com a autorização de introdução no mercado concedida pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), após parecer da comissão técnica de medicamentos e considerando as condições de aprovação expressas no resumo das características do medicamento HIVID (zalcitabina), este está indicado em doentes com infecção pelo VIH, com toxicidade hematológica à zidovudina (intolerância à ZDV) ou evidência de progressão da doença, apesar da terapêutica com zidovudina e, ainda, logo de início, naqueles doentes em que a zidovudina esteja contra-indicada.

À semelhança de outros medicamentos utilizados exclusivamente no tratamento do síndrome da imunodeficiência adquirida, a autorização de introdução no mercado do HIVID (zalcitabina) é restrita ao uso hospitalar.

Importante se torna pois estipular as condições de fornecimento e utilização daquele medicamento, bem como definir as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Assim, nos termos do disposto no art. 8.º do Dec.-Lei 72/91, de 8-2, com a redacção que lhe foi dada pelo art. 1.º do Dec.-Lei 272/95, de 23-10, determino:

1 – O fornecimento do medicamento HIVID (zalcitabina) é feito exclusivamente através dos serviços de farmácia dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, para os doentes afectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida.

2 – A utilização do HIVID (zalcitabina) deverá observar as condições estabelecidas em protocolo de utilização deste fármaco, a elaborar pela Comissão Nacional da Luta Contra a Sida.

3 – O fornecimento do medicamento do HIVID é gratuito para o doente, constituindo os respectivos encargos responsabilidade das seguintes entidades:

- a) Em regime de internamento, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, durante o período em que os doentes aí se encontram internados, sem prejuízo da aplicação do disposto na Port. 388/94, de 16-6;
- b) Em regime de ambulatório, da administração regional de saúde da área de residência do doente, salvo se a responsabilidade pelos encargos couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

4-1-96. — O secretário de Estado da Saúde, *José Eduardo Arco dos Reis*.

**Despacho n.º 280/96, de 6 de Setembro**

(DR, 2.ª série, n.º 237, de 12 de Outubro de 1996)

**Acesso aos medicamentos anti-retrovíricos, destinados ao tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)**

Em resultado da investigação efectuada com vista à descoberta de medicamentos que permitam o tratamento da infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), foram desenvolvidos diversos novos fármacos, incluindo novos inibidores da transcriptase reversa, inibidores da transcriptase reversa não nucleosídicos e inibidores da protease, que constituem um avanço significativo em relação aos fármacos anteriores, sobretudo quando utilizados em associação com outros já disponíveis.

Paralelamente, a monitorização da evolução da infecção pelo VIH sofreu também avanços significativos, em particular no que diz respeito ao controlo de carga viral.

Métodos recentes de quantificação de carga viral, através da determinação do número de cópias de material genético em circulação, permitem uma avaliação mais sensível da actividade viral e têm mostrado particular utilidade na indicação do momento de início e na monitorização da eficácia da terapêutica anti-retrovírica, representando um importante complemento para a correcta aplicação dos novos fármacos inibidores da replicação do VIH.

Estes novos medicamentos começaram agora a ser autorizados pela Comissão Europeia, após avaliação efectuada pela Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos, no âmbito do procedimento centralizado europeu de autorização de introdução de medicamentos no mercado, previsto no Regulamento (CEE) n.º 2309/93, do Conselho, de 22-7-93, e seguindo um processo de avaliação acelerada que permita o seu rápido acesso ao mercado.

Dado o processo adoptado para a sua autorização, estes medicamentos são autorizados ainda antes de concluída a fase III de ensaios clínicos, ficando as empresas titulares das autorizações obrigadas a fornecer, em prazos definidos, um conjunto de dados complementares.

Considerando, portanto, que estes novos medicamentos constituem, efectivamente, um avanço no combate à doença, torna-se necessário estabelecer normas que permitam aos doentes aceder-lhes com facilidade à medida que tais medicamentos vão sendo autorizados, bem como estabelecer as responsabilidades pelos encargos decorrentes da sua utilização;

Impondo-se igualmente que estes medicamentos possam ser prescritos e administrados nas condições mais adequadas, respeitando os termos da sua aprovação e assegurando a sua correcta farmacovigilância:

Ao abrigo do disposto nos arts. 4.º e 8.º do Dec.-Lei 209/94, de 6-8, e tendo presente as condições constantes das autorizações de introdução de medicamentos no mercado, concedidas pela Comissão Europeia, conforme o disposto no art. 67.º do Regulamento (CEE) n.º 2309/93, do Conselho, de 22-7-93, e o disposto no art. 8.º do Dec.-Lei 72/91, de 8-2, com a redacção dada pelo Dec.-Lei 272/95, de 23-10, determino:

**1 - Os medicamentos anti-retrovíricos indicados para o tratamento da infecção pelo HIV apenas podem ser prescritos por médicos especialistas, nos respectivos serviços/unidades especializados dos hospitais, devendo da receita constar a referência expressa a este despacho, e sendo a sua dispensa efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos hospitalares.**

□ Alterado pelo Despacho n.º 5772/2005, de 27 de Dezembro. O texto original era o seguinte:

*1 – Os medicamentos anti-retrovíricos destinados ao tratamento da infecção pelo VIH, cujas substâncias activas sejam os fármacos inibidores da transcriptase reversa e da protease virais, apenas podem ser prescritos por médicos especialistas, nos respectivos serviços especializados dos hospitais, devendo da receita constar referência expressa ao presente despacho e a sua dispensa é efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos hospitalares.*

**2 - A prescrição e a avaliação dos medicamentos referidos no número anterior devem obedecer às recomendações emanadas pela Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLCS).**

□ Alterado pelo Despacho n.º 5772/2005, de 27 de Dezembro. O texto original era o seguinte:

*2 – A prescrição e a avaliação da sua utilização devem obedecer às recomendações elaboradas pela Comissão Nacional da Luta Contra a Sida (CNLCS), constantes do anexo ao presente despacho, e que serão objecto de actualização, sempre que necessário.*

3 – A decisão de início e a monitorização do tratamento devem incluir a determinação da carga viral.

4 – As comissões de farmácia e terapêutica, em conjunto com os médicos que acompanham os doentes e os serviços farmacêuticos hospitalares, devem estabelecer um mecanismo adequado que permita a detecção de qualquer reacção adversa provocada por estes medicamentos e proceder à sua notificação ao Centro Nacional de Farmacovigilância do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), nos termos do art. 94.º do Dec.-Lei 72/91, de 8-2, com a redacção dada pelo Dec.-Lei 272/95, de 23-10, e tendo ainda em consideração as disposições do capítulo 3 do título II do Regulamento (CEE) n.º 2309/93, do Conselho, de 22-7-93 e do Regulamento (CEE) n.º 540/95, da Comissão, de 10-3-95.

5 – O fornecimento destes medicamentos é gratuito para o doente, constituindo os respectivos encargos, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório, responsabilidade dos hospitais do serviço nacional de saúde, salvo se a responsabilidade pelos encargos couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.

□ Alterado pelo Despacho n.º 6778/97, de 7 de Agosto. O texto original era o seguinte:

5 – O fornecimento destes medicamentos é gratuito para o doente, constituindo os respectivos encargos responsabilidade das seguintes entidades:

- a) *Em regime de internamento, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, durante o período em que os doentes aí se encontram internados, sem prejuízo da aplicação do disposto na Port. 388/94, de 16-7;*
- b) *Em regime ambulatório, da administração regional de saúde da área de residência do doente, salvo se a responsabilidade pelos encargos couber, legal ou contratualmente, a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada.*

6 – À medida que estes medicamentos venham a ser autorizados a nível europeu, o INFARMED difundirá as informações relativas às condições da sua aprovação, nomeadamente os respectivos resumos das características dos medicamentos, sem prejuízo das responsabilidades legais que cabem aos titulares das autorizações de introdução de medicamentos no mercado em matéria de informação aos profissionais de saúde.

6-9-96. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

## ANEXO

**Recomendações da Comissão Nacional de Luta contra a Sida para o Tratamento Anti-Retrovítico**

## Recomendações para o Tratamento Anti-Retrovítico

## I — Introdução:

Os resultados dos diversos estudos envolvendo os novos inibidores da transcriptase reversa e os inibidores da protease vieram trazer informações importantes relativamente à eficácia e à tolerância destes fármacos, principalmente no que se refere à terapêutica de combinação.

A monitorização terapêutica sofreu nestes últimos meses avanços significativos, sendo exemplo disso a importância da determinação da carga viral, em conjugação com os elementos de ordem clínica e com a contagem dos linfócitos CD<sub>4</sub>.

A experiência acumulada sugere que a determinação da carga viral constitui um dos marcadores a ser utilizado, tanto no acompanhamento clínico como na avaliação da eficácia do tratamento.

Os custos com os esquemas de terapêutica combinada que se propõem podem ir até um acréscimo de três a seis vezes relativamente à monoterapia com Zidovudina. Para além disso, qualquer decisão de uma combinação terapêutica deve tomar em consideração factores como a qualidade de vida dos doentes, a toxicidade potencial, a interacção com outros fármacos, a adesão à prescrição, sendo em última análise uma decisão ajustada para cada doente.

No entanto, os outros custos serão necessariamente reduzidos como consequência de uma precisa monitorização da evolução da doença, correcto uso do arsenal terapêutico, prevenção de complicações e, de particular importância, melhoria da qualidade de vida dos doentes com importantes reduções dos custos indirectos.

As recomendações propostas devem ser revistas de acordo com os resultados dos ensaios terapêuticos em curso.

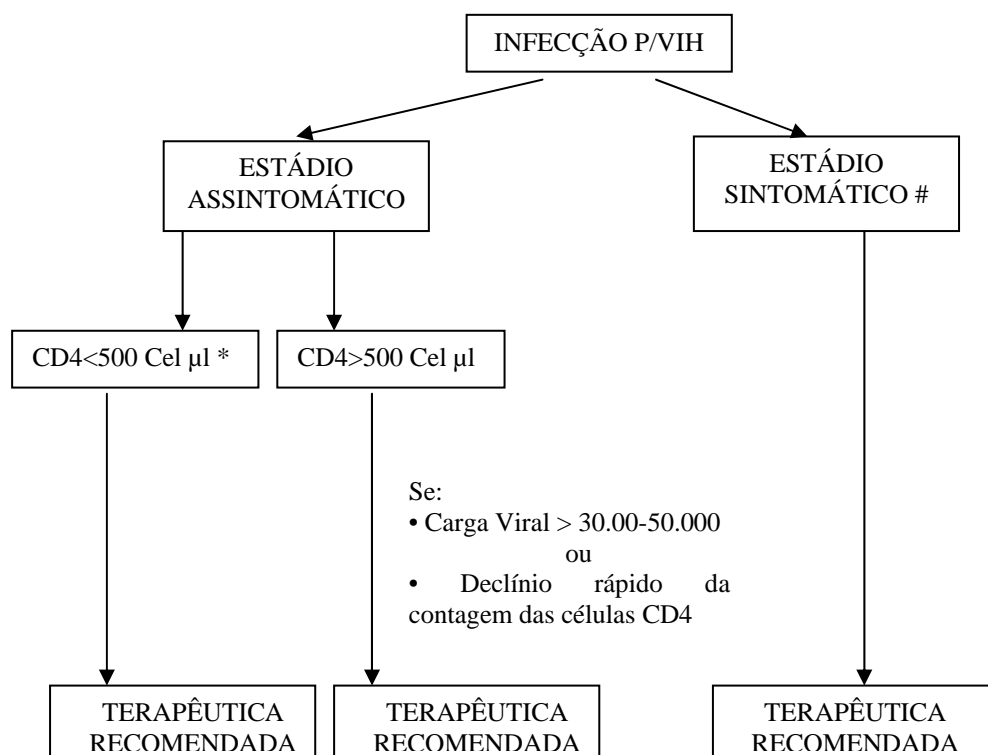
## II — Recomendações gerais:

## A) Quando iniciar o tratamento:

Idealmente, o tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) deverá ser iniciado antes de se estabelecerem as alterações imunológicas irreversíveis.

Tendo como base os resultados dos ensaios terapêuticos disponíveis, poder-se-ão definir dois cenários possíveis.

Quadro n.º 1  
Quando iniciar o tratamento



(\*) Nos doentes com contagens de células CD<sub>4</sub> estáveis entre 350 e 500/μl e com carga viral consistentemente entre 500-10 000 cópias de RNA viral/ml é aceitável que seja protelado o início do tratamento anti-retrovírico.

(#) O estágio sintomático da infecção inclui sintomas como a candidose recorrente, tricoleucoplasia oral, síndrome febril arrastada de causa inexplicada, sudção nocturna, perda de peso.

**B) Fármacos a utilizar:**

O objectivo primordial da terapêutica anti-retrovírica é o de reduzir a carga viral ao valor mínimo possível durante o mais tempo possível, esperando-se com isso limitar ou retardar a progressão da doença e aumentar a longevidade do doente.

As recomendações para o tratamento inicial das várias situações referidas no quadro n.º 1 incluem várias associações possíveis de fármacos — v. quadro n.º 2.

Quadro n.º 2  
**Recomendações para o tratamento inicial**

Zidovudina + Lamivudina  
Zidovudina + Didanosina  
Zidovudina + Zalcitabina  
Zidovudina + Estavudina  
Didanosina (monoterapia) (\*)

(\*) A monoterapia não é recomendada, excepto para as situações muito pontuais com a utilização da Didanosina.

Nos doentes sintomáticos ou naqueles que se apresentam com um declínio rápido da contagem das células CD<sub>4</sub> ou com carga viral elevada pode ser razoável incluir um inibidor da protease na combinação terapêutica inicial.

Em relação às outras combinações possíveis que não contemplem Zidovudina (e.g. Estavudina + Lamivudina, Didanosina (\*), Lamivudina, etc.), não se dispõe, actualmente, de resultados de ensaios terapêuticos que sustentem a sua utilização alargada; daí que devam ser prescritos com precaução e no caso de certas associações de fármacos deve ser assegurada uma cuidadosa monitorização da toxicidade.

### C) Quando mudar:

Em geral a mudança do tratamento anti-retrovírico pode ser condicionado por três factores:

- 1) Utilização de um regime terapêutico considerado subótimo, como é o caso dos doentes em monoterapia com Zidovudina;
- 2) Insucesso ou falência do regime de tratamento devido em parte à emergência de variantes virais resistentes a uma determinada combinação de fármacos e que se manifesta quer através do aumento da carga viral quer pelo aparecimento de infecções oportunistas *major*;
- 3) Toxicidade, intolerância, má adesão ao tratamento, que ocorre nos doentes em fase avançada ou noutras situações particulares.

Algumas das opções recomendadas para a mudança de tratamento tendo em conta o regime terapêutico inicial estão referidas no quadro n.º 3.

Quadro n.º 3

### Algumas combinações recomendadas para a mudança de tratamento

TRATAMENTO INICIAL	MUDANÇA DO TRATAMENTO
ZIDOVUDINA #	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina + Didanosina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Zidovudina + Lamivudina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Didanosina + Estavudina – ou + inibidor da protease</li> </ul>
DIDANOSINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina + Lamivudina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Zidovudina + Didanosina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Estavudina + inibidor da protease</li> <li>• Didanosina + inibidor da protease</li> </ul>
ZIDOVUDINA + DIDANOSINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina + Lamivudina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Estavudina + inibidor da protease</li> <li>• Didanosina + inibidor da protease</li> </ul>
ZIDOVUDINA + ZALCITABINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina + Lamivudina – ou + inibidor da protease</li> <li>• Estavudina + inibidor da protease</li> <li>• Didanosina + inibidor da protease</li> </ul>
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Didanosina + inibidor da protease</li> <li>• Estavudina + inibidor da protease</li> <li>• Didanosina + Estavudina</li> <li>• Lamivudina + Estavudina</li> </ul>
# Considerado tratamento subótimo. Todos os doentes em tratamento com zidovudina em monoterapia devem ser reavaliados.	



### III — Profilaxia pós-exposição ao VIH:

A profilaxia após a exposição accidental ao VIH está recomendada para todas as situações de exposição profissional ou outra ao VIH.

O benefício máximo da profilaxia é obtido quando o tratamento é instituído nas primeiras horas após exposição ao VIH (uma a quatro horas). A probabilidade de êxito da terapêutica setenta e duas horas após a exposição ao vírus é discutível; todavia, nestas circunstâncias, deve-se tomar em consideração o benefício potencial do tratamento precoce da infecção.

Sempre que possível, devem ser instituídos, pelo menos, dois fármacos, podendo ser considerada qualquer das combinações referidas no quadro n.º 2, durante um período de, pelo menos, quatro semanas.

Recomenda-se que cada instituição desenvolva esquemas terapêuticos e circuitos facilmente acessíveis para a obtenção dos medicamentos a serem utilizados em cada uma destas combinações para o tratamento imediato dos acidentes ocorridos no hospital.

### IV — Profilaxia da transmissão vertical:

O aconselhamento e a possibilidade de execução de uma serologia para o VIH deve ser facultada a todas as mulheres grávidas.

De acordo com o único estudo disponível até ao momento (ACTG 076) sobre a transmissão mãe-filho, a terapêutica com Zidovudina à grávida *antepartum* e *intrapartum* e ao recém-nascido, durante um período de seis semanas, reduziu a transmissão em aproximadamente dois terços, isto é, de 24,9 % para 7,8 %.

O regime terapêutico efectuado neste estudo está referido no quadro n.º 4.

#### Quadro n.º 4

#### **Redução do risco e transmissão perinatal do VIH com Zidovudina**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Zidovudina por via oral, 100mg 5 vezes por dia, a iniciar a partir das 14 semanas de gestação e durante toda a gravidez.</li><li>• Durante o trabalho de parto:<br/>Zidovudina por via E.V. – dose de carga 2mg/Kg em infusão E.V. a correr durante uma hora seguida de infusão contínua E.V. de 1mg/Kg/Hora até ao final de trabalho de parto.</li><li>• Administração de Zidovudina ao recém-nascido na dose de 2mg/Kg por dose, de 6/6 horas, durante as primeiras seis semanas, a iniciar 8 a 12 horas após o nascimento.</li></ul> |
|---|

**Despacho n.º 5772/2005, de 27 de Dezembro**

(DR, 2.ª Série, n.º 54, de 17 de Março de 2005)

Altera o Despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996, que determina o acesso aos medicamentos anti-retrovíricos, destinados ao tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)

O despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996, aprovou as condições relativas à comparticipação dos medicamentos anti-retrovíricos destinados ao tratamento da infecção pelo HIV, cujas substâncias activas sejam fármacos inibidores da transcriptase reversa e da protease virais.

O mesmo despacho estabeleceu que tais medicamentos apenas podem ser prescritos por médicos especialistas nos respectivos serviços especializados dos hospitais, devendo da receita constar a referência expressa a esse despacho e que a sua dispensa seja efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos hospitalares.

Por outro lado, o despacho n.º 6778/97, de 7 de Agosto, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 29 de Agosto de 1997, procedeu à alteração do n.º 5 do citado despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996.

Mantendo-se válidos na generalidade aqueles princípios, a introdução no mercado nacional de outros medicamentos com a mesma indicação terapêutica, mas com novos mecanismos de acção, exige a alteração do referido despacho, por forma a permitir a respectiva comparticipação pelo Estado, garantindo, deste modo, o acesso a terapêuticas inovadoras no tratamento da infecção pelo HIV.

Assim, nos termos dos artigos 4.º e 8.º do Decreto-Lei n.º 209/94, de 6 de Agosto, e de harmonia com o n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de Setembro, determino:

1 - Os n.ºs 1 e 2 do despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996, passam a ter a seguinte redacção:

«1 - Os medicamentos anti-retrovíricos indicados para o tratamento da infecção pelo HIV apenas podem ser prescritos por médicos especialistas, nos respectivos serviços/unidades especializados dos hospitais, devendo da receita constar a referência expressa a este despacho, e sendo a sua dispensa efectuada, exclusivamente, através dos serviços farmacêuticos hospitalares.

2 - A prescrição e a avaliação dos medicamentos referidos no número anterior devem obedecer às recomendações emanadas pela Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLCS).»

2 - As recomendações a que se refere o n.º 2 do despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996, com as alterações constantes deste despacho, são definidas no prazo de 60 dias a contar da data da sua publicação e podem ser objecto de actualização anual.

3 - É eliminado o n.º 3 do despacho ministerial n.º 280/96, de 6 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 12 de Outubro de 1996.

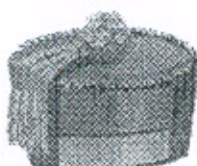
27 de Dezembro de 2004. - O Ministro da Saúde, *Luís Filipe da Conceição Pereira*.

## **Anexo 2**

Portaria 258/2005, de 16 de Março de 2005

Fonte: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/03/053B00/23432345.pdf>

## ANEXO II

**Insignias doutorais****Barrete****Capelo**

(Frente)



(Costas)

## ANEXO III

**Brasão de armas****Bandeira**

## ANEXO IV

**Emblema**

## ANEXO V

**Selo branco**

## ANEXO VI

**Ex-líbris****MINISTÉRIO DA SAÚDE****Portaria n.º 258/2005****de 16 de Março**

Em Portugal, a tabela de doenças de declaração obrigatória está ordenada de acordo com o código da 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, conforme a deliberação n.º 131/97, de 27 de Julho, e constante da Portaria n.º 1071/98, de 31 de Dezembro.

Considerando que a monitorização e a projecção no curto e médio prazos da infecção por VIH é fundamental para a sua prevenção e controlo, o que apenas se torna exequível com o conhecimento do padrão epidemiológico da infecção do VIH em Portugal:

Manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

1.º A infecção pelo VIH passa a integrar a lista de doenças de declaração obrigatória, sendo por este meio alterada a tabela anexa à Portaria n.º 1071/98, de 31 de Dezembro.

2.º A declaração é obrigatória aquando do diagnóstico em qualquer estágio da infecção por VIH de portador assintomático (PA), complexo relacionado com a sida (CRS-LGP) e sida, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou óbito.

3.º É aprovado o modelo de folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da infecção por VIH, anexo a esta portaria e dela fazendo parte integrante.

4.º É revogada a Portaria n.º 103/2005, de 25 de Janeiro.

5.º A presente portaria produz efeitos desde a data da sua assinatura.

O Ministro da Saúde, *Luís Filipe da Conceição Pereira*, em 1 de Fevereiro de 2005.

# Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH  
Folha de Notificação (ver instruções no verso, s.f.f.)

N.º / SIDA \*  
\* A preencher pelo CVEDT



Ministério da Saúde

## 1. tipo / classificação

SIDA <input type="checkbox"/>	CDC*	A	B	C
CRS-LGP <input type="checkbox"/>	1			
PA <input type="checkbox"/>	2			
	3			

\* Se também disponível

## 2. datas

Ano provável de infecção \_\_\_\_\_  
 Notificação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 1.º Sintomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Falecimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 3. dados de codificação

Último apelido (3 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_  
 Primeiro nome próprio (2 prim.ªs consoantes) \_\_\_\_\_  
 Sexo (M/F) \_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade \_\_\_\_\_

## 4. residência

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
 País de resid.ª no provável contágio \_\_\_\_\_  
 País de resid.ª nos 1.ºs sintomas \_\_\_\_\_

## 5. motivo

Motivo da consulta/internamento ou do teste \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 6. gravidez

Gravidez à data de diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐  
 Categoria de transmissão da mãe nos casos de mãe-para-filho  
☐ Toxicodependente IV  
☐ Heterossexual  
☐ Transfundida Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
☐ Outras/indeterminada

## 7. viagens/estadas no estrangeiro c/ possibilidades de contágio

País	Datas	Tipo de contágio
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
Serviço militar fora de Portugal	____/____/____	_____

## 8. categorias de transmissão

☐ Bissexual ☐ Heterossexual  
☐ Homossexual ☐ Toxicodep. IV  
☐ Diálise renal ☐ Hemofílico tratado c/ concentrados  
☐ Hemofílico tratado/cioprecipitados/plasma  
☐ Infecção nosocomial  
☐ Transfundido Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
☐ Transplantado Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Trab. sexo ☐ Transmissão mãe-para-filho  
☐ Outras categorias (especificar) \_\_\_\_\_

## 9. Características do parceiro no contacto heterossexual

☐ Desconhecido ☐ Hemofílico  
☐ HIV 1 positivo ☐ HIV 2 positivo  
☐ Homem Bissexual  
☐ Originário/residente de país estrang. Qual? \_\_\_\_\_  
☐ Trab. sexo ☐ Toxicodependente IV  
☐ Transfundido ☐ Nenhum dos grupos mencionados

## 10. doenças indicadoras de SIDA

1. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_  
 2. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_  
 3. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_  
 4. Doença \_\_\_\_\_  
 Método de diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

## 11. serologia VIH

	Data	Data 1.º teste VIH+
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 2	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1+VIH 2	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> WBlot 1	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> WBlot 2	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Antígeno	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		
<input type="checkbox"/> Outros	____/____/____	____/____/____
Obs. _____		

## 12. entidade que notifica

Nome \_\_\_\_\_  
 Serviço \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_

## 13. outros serviços que contactam ou contactaram com o doente

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



**Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo VIH**  
**Folha de Notificação**

**Instruções para o preenchimento**

■ Escrever legivelmente com letra de imprensa.

■ **Ponto 8 – Categorias de Transmissão –**

- pode ser assinalada mais do que uma categoria de transmissão;
- a opção **Outras categorias** refere-se a qualquer modo de transmissão não mencionado anteriormente como, por exemplo, corte, picada involuntária por agulha ou contactos com líquidos orgânicos.

■ **Ponto 10** – deve seguir-se a **"Definição de Casos de SIDA para Fins de Vigilância Epidemiológica, Revisão de 1993"** (Doc. 77 do C.V.E.D.T./Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Junho de 1994).

■ **Mais informações em [www.sida.pt](http://www.sida.pt)**

**Envio da Folha de Notificação**

■ Enviar a Folha de Notificação para:

**Instituto Nacional de Saúde**  
**Centro de Vigilância Epidemiológica**  
**das Doenças Transmissíveis**  
**Av. Padre Cruz**  
**1649 – 016 LISBOA**

**Tel. 217 519 200**

**Fax. 217 590 441**

**Despacho Normativo n.º 17/2005**

O regime de codificação das embalagens dos medicamentos encontra-se consagrado no Despacho Normativo n.º 1/2003, de 15 de Janeiro, alterado pelo Despacho Normativo n.º 4/2004, de 16 de Janeiro, publicado na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro, que cria o sistema de preços de referência para os medicamentos com-participados pelo Estado, e pelo Despacho Normativo n.º 34/2004, de 25 de Junho, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 170, de 21 de Julho de 2004, na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 81/2004, de 10 de Abril, que introduziu o artigo 5.º-A ao Decreto-Lei n.º 101/94, de 19 de Abril.

O Despacho Normativo n.º 4/2004 prevê no seu n.º 3 que serão aprovadas por despacho as especificações técnicas da codificação de medicamentos, mediante proposta do INFARMED.

A solução técnica a que se chegou passa pela simplificação dos dados impressos nas embalagens, o

aumento da universalidade do sistema e a capacidade de aquisição automática de dados fixos e variáveis dos medicamentos.

O sistema de códigos de barras ora adoptado é o seguinte:

O actual Código de Barras 39, correspondente ao número de registo da apresentação do medicamento;

Um Código de Barras 39 complementar, alfanumérico, que, em conjunto com o anterior, permite o acesso a uma base de dados que contém, entre outros elementos, o lote, a validade e os preços.

Aproveita-se ainda a oportunidade para introduzir algumas modificações consideradas adequadas, nomeadamente a possibilidade de recolha de dados para suporte informático de elementos das especialidades farmacêuticas.

## **Anexo 3**

Circular Normativa N.º6, de 06/08/07, da ACSS

Fonte: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CIRCULARNORMATIVAVIHSA6\\_2007.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CIRCULARNORMATIVAVIHSA6_2007.pdf)

Nº 6

DATA: 06/08/2007

## **CIRCULAR NORMATIVA**

### **ASSUNTO - Contrato-Programa 2007 – VIH/SIDA**

A Coordenação Nacional para a Contratualização e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA desenvolveram, para o contrato-programa de 2007 dos hospitais do SNS, uma modalidade experimental de pagamento adicional dos cuidados prestados, em ambulatório, aos doentes com infecção VIH que iniciam pela primeira vez terapêutica com anti-retrovíricos.

Para esta modalidade experimental foram seleccionadas as unidades hospitalares mais representativas, responsáveis actualmente por cerca de 90% dos doentes em tratamento. Está previsto o pagamento de 920€/doente/mês para os doentes que iniciem o primeiro tratamento com anti-retrovíricos, de acordo com as recomendações terapêuticas propostas para Portugal.

Apenas serão pagos, nesta modalidade, os doentes que forem notificados junto do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e que cumpram um dos seguintes critérios de inclusão:

- a. Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- b. Doentes com contagens de células CD4+ < 350 cél. CD4+/mm<sup>3</sup>;
- c. Doentes com contagens de células CD4+ > 350 cél. CD4+/mm<sup>3</sup> e cumulativamente Carga Vírica >100.000 cópias VIH-1 RNA/ml e
- d. Situações clínicas especificamente justificadas, como a gravidez.



## **Processo de Monitorização**

A monitorização dos cuidados prestados nesta modalidade de pagamento efectua-se em quatro níveis distintos: i) Serviços Hospitalares: Consulta Externa e Farmácia Hospitalar; ii) Direcção Clínica da Unidade Hospitalar; iii) Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde e iv) Administração Central dos Sistemas de Saúde e Alto Comissariado da Saúde.

### **1. Serviços hospitalares: Consulta Externa e Farmácia**

O processo inicia-se com a avaliação médica do doente. Caso o doente cumpra os critérios de inclusão, é necessário:

- preencher a Ficha de Inclusão (Anexo 1);
- preencher a declaração de doença;
- elaborar um plano de tratamento (consulta, análise da carga vírica e prescrição terapêutica);
- registar na Ficha de Monitorização da Consulta Externa (Anexo 2) a data de comparência na consulta, o resultado da carga vírica e da contagem de células CD4+, entre outros dados;
- registar na Ficha de Dispensa de Medicamentos da Farmácia Hospitalar (Anexo 3) a tipologia de dispensa e a confirmação do levantamento de terapêutica, entre outros dados.

A Ficha de Inclusão deverá ser preenchida quando o doente inicia terapêutica e enviada à Direcção Clínica da unidade hospitalar, acompanhada de cópia da declaração da doença. Devem ser mantidas cópias no processo do doente.

A Ficha de Monitorização da Consulta Externa deverá ser preenchida em cada consulta e enviada uma cópia, cada vez que se efectuar um registo, à Direcção Clínica da unidade hospitalar. O original mantém-se no processo clínico do doente.

A Ficha de Dispensa de Medicamentos da Farmácia Hospitalar deverá ser preenchida pelo farmacêutico responsável pela dispensa dos medicamentos e enviada, mensalmente, uma cópia à Direcção Clínica da unidade hospitalar.

Estes registos permitem a monitorização e acompanhamento dos doentes em terapêutica anti-retrovírica e são indispensáveis para controlo da facturação e respectivo pagamento.

## **2. Direcção Clínica da Unidade Hospitalar**

A Direcção Clínica da unidade hospitalar é responsável pela centralização e verificação de toda a informação produzida.

A recolha dos dados necessários à monitorização e acompanhamento do programa, por parte da ARS, da ACSS e do ACS, ocorrerá trimestralmente. Para o efeito, terá que ser preenchido um quadro (Anexo 4) em que cada doente será identificado pelo Código Nacional de Notificação. A fonte de informação para o preenchimento deste quadro é o conjunto de fichas referido no ponto anterior.

## **3. ARS**

O Departamento de Contratualização das ARS acompanhará o processo através de relatórios trimestrais sobre o desempenho das Unidades Hospitalares.

## **4. ACSS/ACS**

A Administração Central do Sistema de Saúde e o Alto Comissariado da Saúde centralizam e analisam os dados provenientes de cada Região de Saúde.

## **Indicadores**

A efectivação desta modalidade de pagamento depende dos resultados obtidos. Assim, as unidades hospitalares são monitorizadas e acompanhadas através dos resultados alcançados nos seguintes indicadores:

1. Número de doentes que não levantam terapêutica na data prevista sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa.

**Meta:** <5%

**Ponderação:** 40%

2. Número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa.

**Meta:** <5%

**Ponderação:** 40%

3. Número de doentes que mantêm cargas víricas indetectáveis após 6 meses de início da TAR sobre o total de doentes em terapêutica há mais de 6 meses para o período em causa.

**Meta:** > 70%

**Ponderação:** 20%.

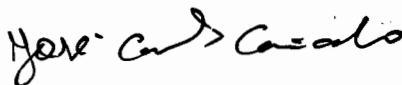
## **Facturação**

O número de doentes a facturar mensalmente deverá ser indicado pela Direcção Clínica do Hospital. As facturas correspondentes a este programa deverão ser enviadas à ACSS, bem como os ficheiros correspondentes, para validação.

Os hospitais que têm o sistema de informação SONHO podem construir esta factura em "Outras Facturações". Os Hospitais que têm outros sistemas de informação na área de doentes devem fazer acompanhar a factura em suporte papel dos ficheiros descritos no Anexo 5.

No primeiro trimestre de 2008 será efectuado o acerto à facturação emitida, em função da informação disponibilizada pelo Departamento de Contratualização das ARS, na sequência do processo de monitorização.

O Conselho Directivo



**José Carlos Caiado**  
Vogal

**ANEXO 1**

**Ficha de inclusão**

A) MÉDICO

[illegible][illegible]

11

The chart shows five vertical bars of different heights. From left to right, the heights correspond to the number of people in each age group: 10 (0-14), 20 (15-24), 30 (25-34), 15 (35-44), and 10 (45-54). The bars are arranged in a row, with the tallest bar (30) in the center and the shortest bars (10) at the far left and far right.

1 | | | *t* | | | *t* | | |

Masculino ☐ Feminino ☐

$\rho$	$f$	$f$
--------	-----	-----

1 1 1 1 1 1 1 1 1

\_\_\_\_\_

DOCUMENTO EM ANEXO ☐

**CÓPIA EM ANEXO** ☐

**ANEXO 2**

**Ficha de monitorização da Consulta  
Externa**

## Ficha de Monitorização Consulta Externa

### A) MÉDICO

A1) NOME (PRIMEIRO/ÚLTIMO)

UNIDADE HOSPITALAR

### B) IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

#### B1)

Código Nacional de Notificação

Último apelido (3 primeiras consoantes)  
+ primeiro nome próprio (2 primeiras consoantes)

N.º de Utente do SNS

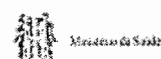
#### B2) DATA DE NASCIMENTO

#### B3) SEXO

Masculino ☐ Feminino ☐

### H) REGISTOS DE PRESENÇA EM CONSULTA MÉDICA E MCDTs

Data de Análises	Carga Virica	Contagem CD4+	Data Prevista de Consulta	Data de Consulta	Rubrica do Médico
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	
DD/ MM/ AAAA	cópias ARN VH1/ ml	cel.CD4+ /mm3	DD/ MM/ AAAA	DD/ MM/ AAAA	



**ANEXO 3**

**Ficha de dispensa de  
medicamentos da farmácia  
hospitalar**



• •

--	--

\_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--

| | | | | |

Masculino ☐      Feminino ☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Esquema Terapêutico (por DCI; no caso de combinações por favor indicar)				Data de Prescrição	Data Prevista de Dispensa	Data de Dispensa	Rubrica do Farmacêutico
1º DCI	2º DCI	3º	4º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	
5º DCI	6º DCI	7º	8º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	
9º DCI	10º DCI	11º	12º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	
13º DCI	14º DCI	15º	16º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	
17º DCI	18º DCI	19º	20º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	
21º DCI	22º DCI	23º	24º DCI	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	DCI/NUM/AAA	

**ANEXO 4**

**Quadro de monitorização e  
acompanhamento trimestral**

**Hospital:**

## Programa Nacional de Saúde - HIV/SIDA

[illegible]

**ANEXO 5**

**Ficheiros de suporte à facturação**

### **Informação em formato digital a enviar à ACSS - HIV**

Para a facturação dos novos doentes de HIV devem ser criadas duas novas linhas de facturação:

PRE- 19 – Novos doentes de HIV

Os hospitais que não possuem o SONHO na emissão desta facturação deverão respeitar as seguintes indicações:

- a. A factura emitida por via electrónica é composta por resumo, detalhe e descrição dos cuidados a que se refere.
- b. Deverão enviar a factura para o endereço [facturacao\\_sns@igif.min-saude.pt](mailto:facturacao_sns@igif.min-saude.pt), considerando as seguintes instruções:
  - i. Enviar três ficheiros, em formato txt ou csv com a estrutura indicada no Anexo, respeitando rigorosamente a ordem de apresentação dos campos
  - ii. Cada linha do ficheiro deve iniciar e terminar com “ “ (aspas)
  - iii. Os campos devem ser separados por ; (ponto e vírgula)
  - iv. O ficheiro relativo à **factura resumo** deverá ser designado por:  
**SIGLA\_HIV\_F\_RES\_<ANO>\_<MES>.txt**
  - v. O ficheiro relativo à **factura detalhe** deverá ser designado por:  
**SIGLA\_HIV\_F\_DET\_<ANO>\_<MES>.txt**
- c. Caso o formato ou nome do ficheiro não respeite as normas definidas nos pontos anteriores, a ACSS procederá à sua devolução
- d. A factura remetida por via electrónica deve aguardar a validação e confirmação da ACSS.

Para cada factura deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-RESUMO

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Data da factura	Data em que foi emitida a factura.
Data início	Data de início do período de facturação.
Data fim	Data de fim do período de facturação
Código Entidade Financeira Responsável	Deve ser preenchido com o código da entidade financeira responsável, só são válidos os códigos constantes na tabela: <b>Entidade</b>
Valor total	Valor total da factura.
Número de linhas produção	Número total de registos da tabela <i>Factura-detalle</i> , por factura.
Número de casos facturados	Número total de registos da tabela <i>Factura-descrição</i> , por factura.
Tipo	Não deve ser preenchido (nulo).

Para cada linha de facturação deverá ser enviado um registo neste ficheiro.

FACTURA-DETALHE

Campo	Observações
Código do hospital	Deve ser preenchido com o código do hospital.
Número da factura	Número que identifique unicamente a factura no hospital.
Código módulo	Deve ser preenchido com o código do módulo – ‘PRE’
Tipo produção	Deve ser preenchido com o tipo de produção: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 – Novos doentes HIV</li> </ul>
Quantidade	Quantidade por Linha de facturação.
Preço unitário	Preço unitário do protocolo
Valor	Valor total da linha de facturação.
ICM	Não deve ser preenchido (nulo).

### Formato da Informação em Formato Digital a enviar à ACSS

#### FAC RESUMO

cod_hospital	*	N(7)	Not Null
num_factura	*	N(8)	Not Null
dta_factura		DATE	Not Null
dta_inicio		DATE	Not Null
dta_fim		DATE	Not Null
cod_entidade		N(7)	Not Null
valor_total		N(15,2)	Not Null
num_total_detalhe		N(3)	Not Null
num_total_discriminativa		N(6)	Not Null
tipo		VC2(1)	Null

#### FAC DETALHE

cod_hospital	*	N(7)	Not Null
num_factura	*	N(8)	Not Null
cod_modulo	*	CV2(3)	Not Null
tipo_prod	*	CV2(3)	Not Null
quantidade		N(11,3)	Not Null
preco_unit_prod		N(13,2)	Not Null
valor_total_prod		N(15,2)	Not Null
icm		N(7,6)	Null

\* Ch Primária

#### **Código Entidade**

935601 – Serviço Nacional de Saúde

935602 – Cidadãos evacuados dos PALOP

935603 – Cidadãos evacuados de Angola

935604 – Nacionais da Noruega, Dinamarca, Reino Unido, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, província do Quebec e Andorra, neste último caso se os utentes apresentarem um atestado de direito diferente do AND/3

935605 – Outros beneficiários do SNS (“outros beneficiários do SNS”, nomeadamente cidadãos estrangeiros menores de idade não legalizados, que se encontram a residir em Portugal, DL 67/2004, de 25 de Março e as situações de excepção abrangidas pelo n.º 5 do Despacho nº 25360/2001 de 16 de Novembro)




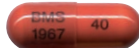
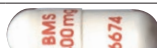



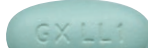




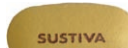




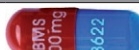

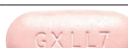




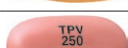



## **Anexo 4**

Tabela de Medicamentos Anti-retrovíricos

Fonte:

[http://www.aidsmap.com/v634746748890000000/file/1051861/ARV\\_drug\\_chart\\_Portuguese.pdf](http://www.aidsmap.com/v634746748890000000/file/1051861/ARV_drug_chart_Portuguese.pdf)



Nome genérico	Nome Comercial		Formulação	Dose padrão (adulto)	Comprimidos/dia	Efeitos Secundários	Restrições alimentares
Inibidores Nucleósidos da Transcriptase Reversa (INTR)							
3TC, lamivudina	Epivir®		Comprimidos de 150* e 300 mg	150 mg duas vezes/dia ou 300 mg uma vez/dia	2 1	<b>Comuns:</b> náuseas, vômitos, diarreia, dor de cabeça, dor abdominal, queda de cabelo, febre, insónias (dificuldade em dormir), rash, cansaço, corrimento nasal, dor nas articulações <b>Raros:</b> acidose láctica, dano hepático	Com ou sem comida
Abacavir	Ziagen®		Comprimido de 300 mg	300 mg duas vezes/dia ou 600 mg uma vez/dia	2	<b>Comuns:</b> rash, náuseas, vômitos, diarreia, febre, dor de cabeça, cansaço, perda de apetite <b>Raros:</b> reação de hipersensibilidade, acidose láctica	Com ou sem comida
AZT, zidovudina	Retrovir®		Cápsulas de 100 e 250 mg*	250 mg duas vezes/dia	2	<b>Comuns:</b> náuseas, vômitos, fadiga, dor de cabeça, tonturas, fraqueza, dor muscular, perda de apetite, febre <b>Raros:</b> alterações no hemograma, lipoatrofia, acidose láctica	Com ou sem comida
d4T, estavudina	Zerit®		Cápsulas de 20, 30 ou 40 mg*	<b>Peso superior a 60 kg:</b> 40 mg duas vezes/dia <b>Peso inferior a 60 kg:</b> 30 mg duas vezes/dia	2	<b>Comuns:</b> lipoatrofia, neuropatia periférica, náuseas, diarreia, dor abdominal, azia, tonturas, cansaço, rash, comichão <b>Raros:</b> pancreatite, acidose láctica	Com ou sem comida
ddl, didanosina (libertação prolongada)	Videx EC®		Cápsulas de 125,200, 250 ou 400 mg*	<b>Peso superior a 60kg:</b> 400 mg uma vez/dia ou 200 mg duas vezes/dia <b>Peso inferior a 60 kg:</b> 250 mg uma vez/dia ou 125 mg duas vezes/dia	1 ou 2	<b>Comuns:</b> neuropatia periférica, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, rash, dor de cabeça <b>Raros:</b> pancreatite, acidose láctica	Tomar pelo menos duas horas antes ou depois de comer ou beber à exceção de água
FTC, emtricitabina	Emtriva®		Cápsula de 200 mg	200 mg uma vez/dia	1	<b>Comuns:</b> náuseas, diarreia, dor de cabeça, alteração da função renal, escurecimento da pele em crianças <b>Raros:</b> acidose láctica, dano hepático	Com ou sem comida
Inibidor Nucleótido da Transcriptase Reversa (INTR)							
Tenofovir	Viread®		Comprimido de 300 mg	300 mg uma vez/dia	1	<b>Comuns:</b> náuseas, vômitos, diarreia, tonturas, níveis baixos de fosfato no sangue, fraqueza, rash, dor de cabeça, dores de estômago, fadiga, flatulência <b>Raros:</b> alteração da função renal, desgaste ósseo	Tomar com a refeição
Formulações de doses combinadas (INTR)							
3TC / AZT	Combivir®		Comprimidos com 150 mg 3TC e 300 mg AZT	1 comprimido de 12 em 12 horas	2	Ver 3TC e AZT	Com ou sem comida
3TC / abacavir / AZT	Trizivir®		Comprimidos com 150 mg 3TC, 300 mg abacavir e 300 mg AZT	1 comprimido de 12 em 12 horas	2	Ver 3TC, abacavir e AZT	Com ou sem comida
3TC / abacavir	Kivexa®		Comprimidos com 300 mg 3TC e 600 mg abacavir	1 comprimido/dia	1	Ver 3TC e abacavir	Com ou sem comida
FTC/tenofovir	Truvada®		Comprimidos com 200 mg FTC e 300 mg tenofovir	1 comprimido/dia	1	Ver FTC e tenofovir	Tomar com a refeição
Formulações de doses combinadas (INTR/INNTR)							
FTC/tenofovir/ efavirenze	Atripla®		Comprimidos com 600 mg efavirenze, 200 mg FTC e 300 mg tenofovir	1 comprimido/dia	1	Ver FTC, tenofovir e efavirenze	Tomar em jejum, de preferência ao deitar
FTC / rilpivirina / tenofovir	Eviplera®		Comprimidos com 200 mg FTC, 25 mg rilpivirina e 300 mg tenofovir	1 comprimido/dia	1	Ver FCT, rilpivirina e tenofovir	Tomar com a refeição
Inibidores Não-Nucleósidos da Transcriptase Reversa (INNTR)							
Efavirenze	Stocrin®		Comprimidos de 600 mg* e cápsula de 200 mg	600 mg uma vez/dia	1 ou 3	<b>Comuns:</b> rash, tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos, dificuldade de concentração, náuseas, vômitos, dor de cabeça, cansaço, diarreia, ansiedade, depressão <b>Raros:</b> psicose, rash severo, problemas hepáticos	Tomar em jejum, de preferência ao deitar
Etravirina	Intelence®		Comprimidos de 100 mg e 200 mg*	200 mg duas vezes/dia	2 ou 4	<b>Comuns:</b> rash, neuropatia periférica <b>Raros:</b> rash severo (síndrome Stevens Johnson)	Tomar com a comida
Nevirapina	Viramune®		Comprimido de 200 mg	200 mg ao dia nos primeiros 15 e, depois, 200 mg duas vezes/dia	2	<b>Comuns:</b> toxicidade hepática, reações alérgicas, rash, náuseas, dor de cabeça, fadiga, dor de estômago, diarreia <b>Raros:</b> rash severo (síndrome Stevens Johnson)	Com ou sem comida
Nevirapina (libertação prolongada)	Viramune XR®		Comprimido de 400 mg	400 mg uma vez/dia após período de indução com nevirapina na formulação regular	1	<b>Comuns:</b> toxicidade hepática, reação alérgica, rash, náuseas, dor de cabeça, fadiga, dor de estômago, diarreia <b>Raros:</b> rash severo (síndrome Stevens Johnson)	Com ou sem comida
Rilpivirina	Edurant®		Comprimido de 25 mg	25 mg uma vez/dia	1	<b>Comuns:</b> insónia (dificuldade em dormir), dor de cabeça, rash, alterações no humor, depressão <b>Raros:</b> doses superiores a 25 mg podem causar alterações do ritmo cardíaco	Tomar com a refeição
Inibidores da Protease							
Atazanavir	Reyataz®		Cápsulas de 150, 200 e 300 mg*	300 mg com 100 mg ritonavir uma vez/dia ou 400 mg com 100 mg ritonavir uma vez/dia com efavirenze ou nevirapina	2 ou 3 §	<b>Comuns:</b> náuseas, diarreia, rash, dor de estômago, dor de cabeça, insónias (dificuldade em dormir), vômitos, hiperbilirrubinemia (cor da pele amarelada), lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes, azia, ictéria <b>Raros:</b> pedra nos rins, alteração na função hepática	Tomar com a refeição
Darunavir	Prezista®		Comprimidos de 400 e 600 mg*	600 mg com 100 mg ritonavir duas vezes/dia ou 800 mg com 100 mg ritonavir uma vez/dia	3 ou 4 §	<b>Comuns:</b> diarreia, náuseas, rash, dor de estômago, vômitos, dor de cabeça, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes, febre <b>Raros:</b> alteração na função hepática, alterações do ritmo cardíaco	Tomar com a refeição
Fosamprenavir	Telzir®		Comprimido de 700 mg	700 mg com 100 mg ritonavir duas vezes/dia	4 §	<b>Comuns:</b> aumento do colesterol, náuseas, vômitos, diarreia, rash, dor abdominal, dor de cabeça, tonturas, cansaço, lábios dormentes, alterações na função hepática e pancreática, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes <b>Raros:</b> rash severo, alterações do ritmo cardíaco	Com ou sem comida
Indinavir	Crixivan®		Cápsulas de 100, 200 e 400 mg*	800 mg três vezes/dia	6	<b>Comuns:</b> pedra nos rins, dor abdominal, lipodistrofia, náuseas, vômitos, azia, diarreia, rash, dor de cabeça, tontura, pele e boca seca, cansaço, insónia (dificuldade em dormir), toxicidade hepática, diabetes, alterações no hemograma, fraqueza <b>Raros:</b> alterações hepáticas, alterações do ritmo cardíaco	Tomar uma hora antes ou duas horas depois da refeição ou com alimentos sem gordura
Lopinavir / ritonavir	Kaletra®		Comprimidos com 200 mg lopinavir e 50 mg ritonavir	Dois comprimidos duas vezes/dia ou quatro comprimidos uma vez/dia	4	<b>Comuns:</b> lipodistrofia, aumento de enzimas hepáticas, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fraqueza, azia, dor de cabeça, aumento do colesterol, toxicidade hepática, diabetes <b>Raros:</b> alterações do ritmo cardíaco	Com ou sem comida
Ritonavir	Norvir®		Cápsula de 100 mg* e comprimido de 100 mg*	<b>Dose completa:</b> 600 mg duas vezes/dia <b>Potenciado com outro IP:</b> 100-200 mg uma ou duas vezes/dia	12 1 a 4	<b>Comuns (dose completa):</b> aumento do colesterol e enzimas hepáticas, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, dor de cabeça, fraqueza, secura em redor da boca e mau paladar, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes <b>Comuns (dose baixa):</b> aumento do colesterol <b>Raros:</b> alterações do ritmo cardíaco	Com comida para evitar náuseas
Saquinavir	Invirase®		Cápsulas de 200 mg e comprimidos de 500 mg*	1000 mg com 100 mg ritonavir duas vezes/dia	6 §	<b>Comuns:</b> lipodistrofia, náuseas, vômitos, rash, cansaço, aumento do colesterol e enzimas hepáticas, toxicidade hepática, diabetes <b>Raros:</b> alterações do ritmo cardíaco	Tomar nas duas horas após a refeição
Tipranavir	Aptivus®		Cápsula de 250 mg	500 mg com 200 mg ritonavir duas vezes/dia	8 §	<b>Comuns:</b> náuseas, diarreia, vômitos, dor abdominal, cansaço, dor de cabeça, febre, alterações hepáticas, rash, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes, aumento do colesterol, flatulência <b>Raros:</b> hemorragia cerebral, alterações do ritmo cardíaco	Tomar com a refeição
Inibidor de Fusão							
T-20, enfuvirtida	Fuzeon®		Frasco-ampola com pó reconstituído com água estéril	Injeção subcutânea de 90 mg de 12 em 12 horas	-	<b>Comuns:</b> reação alérgica no local da injeção, infeções respiratórias, neuropatia periférica e perda de peso	Com ou sem comida
Inibidor CCR5							
Maraviroc	Celsentri®		Comprimido de 150*, 300 mg	300 mg duas vezes/dia ou 150 mg duas vezes/dia com todos os IP potenciados com ritonavir à exceção do tipranavir ou 600 mg duas vezes/dia com efavirenze ou etravirina	2 a 4	<b>Comuns:</b> náuseas, diarreia, fadiga, dor de cabeça	Com ou sem comida
Inibidor da Integrase							
Raltegravir	Isentress®		Comprimido de 400 mg	400 mg duas vezes/dia	2	<b>Comuns:</b> dor de cabeça, insónia (dificuldade em dormir) <b>Raros:</b> rash severo, reações de hipersensibilidade	Com ou sem comida
*Formulação	§ Inclui cápsula(s) de ritonavir						

A NAM teve todo o cuidado na produção desta publicação. Nem a NAM, nem os seus editores, podem ser responsabilizados por eventuais imprecisões fora do seu controlo. A inclusão de informação sobre qualquer tipo de tratamentos ou terapêutica não representa aval por parte da NAM e editores. A informação deve sempre ser entendida como complemento da consulta médica. Caso tenha interesse em traduzir, adaptar ou reproduzir este quadro, contacte-nos.  
NAM, Lincoln House, 1 Brixton Road, London, SW9 6DE. E-mail [info@nam.org.uk](mailto:info@nam.org.uk) Site [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

Conteúdo e Gráfica: financiados pelo Departamento de Saúde do Reino Unido.  
Tradução: financiada pela Merck, Sharp e Dohme.

GAT

Agradecemos aos nossos parceiros Portugueses do Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/ SIDA (GAT) pela tradução desta informação para português.  
E-mail [contactos@gatportugal.org](mailto:contactos@gatportugal.org) Site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org)

## **Anexo 5**

### **Resultados**

# Esquemas Terapeuticos

## Frequência

Row Labels	ET05	ET08	ET14	ET11	ET12	ET13	ETrsd	ET04	ET09	ET07	ET15	ET24	ET16	ET17	ET10	ET21	ET20	ET19	ET29	ET35	ET32
CH Cascais	20	25	9	11			1						2			1					
CH Coimbra	65	15	8	10	5	11	3		7		6	1	4	1			4		2	1	
CH Gaia/Espinho	44	10	2	30	21	1	12		6		4		7	16		12		2		1	
CH Lisboa Central	178	137	18	23	4	14	21		17		1	4	8	5		2		2		2	
CH Lisboa Norte	128	48	15	47	17	5	5		40		12		5	10		2		19	6		
CH Lisboa Ocidental	166	51	13	32	14	6	8		5		14	6	7	3		1			4		
CH Setúbal	52	28	14	32	4		11	2	1		3	3	4	1		1		4	1	2	
H Amadora/Sintra	38	3	27	22	2	2	12		20		7		12	5		5		1		2	
H Barreiro	22	7	8	18							1					1					
H Curry Cabral	90	11	31	6	59	80	4		1			9	1	6		3		1	5	6	
H Faro	56	16	18	16	1	5	26	97	1	63	1			2	20		11				
H Garcia d'Orta	16	5	130	4	1	2	31	28	1	1	2	24	4	3	4	1	11		1	1	21
H Joaquim Urbano	131	13	16	7	86	54	10		12		2	12	12	9		6	2		2	9	
H S.João	111	29	17	33	41	16	15		20		7	9	4	8		7			4		
HUCoimbra	1				1		14	35		13			1		32		11				
ULS Matosinhos	21	2	10	2	19	2	2		9		14	4				9			1	1	
Grand Total	1139	400	336	293	275	198	175	162	139	77	74	72	71	69	56	51	39	29	26	25	21

ET18 ET26 ET28 ET47 ET06 ET33 ET39 ET34 ET37 ET51 ET40 ET44 ET25 ET43 ET31 ET03 ET46 ET30 ET22 ET48 ET66 ET41 ET55 ET68 ET67 ET27

[illegible]





Esquemas de início de terapêutica

Row Label: ET05	ET08	ET14	ET11	ET12	ET13	ETrsd	ET04	ET09	ET07	Grand Tot: Row Label: ET05
CH Cascais	20	25	9	11			1			69 CH Cascais
CH Coimbr.	65	15	8	10	5	11	3		7	160 CH Coimbr.
CH Gaia/Es	44	10	2	30	21	1	12		6	172 CH Gaia/Es
CH Lisboa (	178	137	18	23	4	14	21		17	462 CH Lisboa (
CH Lisboa f	128	48	15	47	17	5	5		40	378 CH Lisboa f
CH Lisboa (	166	51	13	32	14	6	8		5	335 CH Lisboa (
CH Setúbal	52	28	14	32	4		11	2	1	180 CH Setúbal
H Amadora	38	3	27	22	2	2	12		20	188 H Amadora
H Barreiro	22	7	8	18						57 H Barreiro
H Curry Cal	90	11	31	6	59	80	4		1	323 H Curry Cal
H Faro	56	16	18	16	1	5	26	97	1	356 H Faro
H Garcia d(	16	5	130	4	1	2	31	28		324 H Garcia d(
H Joaquim	131	13	16	7	86	54	10		12	404 H Joaquim
H S.João	111	29	17	33	41	16	15		20	327 H S.João
HUCoimbr.	1				1		14	35	13	156 HUCoimbr.
ULS Matos	21	2	10	2	19	2	2		9	113 ULS Matos
<b>Grand Tot:</b>	<b>1139</b>	<b>400</b>	<b>336</b>	<b>293</b>	<b>275</b>	<b>198</b>	<b>175</b>	<b>162</b>	<b>139</b>	<b>4004 Grand Tot</b>

Row Label: ET05	ET08	ET14	ET11	ET12	ET13	ETrsd	ET04	ET09	ET07	Soma	Custo Padr
CH Cascais	29%	36%	13%	16%	0%	0%	1%	0%	0%	96%	8,98 €
CH Coimbr.	41%	9%	5%	6%	3%	7%	2%	0%	4%	78%	13,89 €
CH Gaia/Es	26%	6%	1%	17%	12%	1%	7%	0%	3%	73%	13,18 €
CH Lisboa (	39%	30%	4%	5%	1%	3%	5%	0%	4%	89%	11,60 €
CH Lisboa f	34%	13%	4%	12%	4%	1%	1%	0%	11%	81%	12,44 €
CH Lisboa (	50%	15%	4%	10%	4%	2%	2%	0%	1%	88%	14,36 €
CH Setúbal	29%	16%	8%	18%	2%	0%	6%	1%	1%	80%	10,97 €
H Amadora	20%	2%	14%	12%	1%	1%	6%	0%	11%	67%	11,96 €
H Barreiro	39%	12%	14%	32%	0%	0%	0%	0%	0%	96%	10,76 €
H Curry Cal	28%	3%	10%	2%	18%	25%	1%	0%	0%	87%	12,71 €
H Faro	16%	4%	5%	4%	0%	1%	7%	27%	0%	84%	5,53 €
<b>Grand Tot:</b>	<b>344,22 €</b>	<b>403,11 €</b>	<b>394,61 €</b>	<b>375,64 €</b>	<b>385,64 €</b>	<b>408,71 €</b>	<b>368,04 €</b>	<b>379,98 €</b>	<b>365,56 €</b>	<b>388,86 €</b>	<b>302,77 €</b>

H Garcia dC	5%	2%	40%	1%	0%	1%	10%	9%	0%	0%	67%	9,30 €	347,99 €
H Joaquim	32%	3%	4%	2%	21%	13%	2%	0%	3%	0%	81%	15,11 €	417,75 €
H S.João	34%	9%	5%	10%	13%	5%	5%	0%	6%	0%	86%	13,66 €	400,27 €
HUCoimbr	1%	0%	0%	0%	1%	0%	9%	22%	0%	8%	41%	1,36 €	252,72 €
ULS Matos	19%	2%	9%	2%	17%	2%	2%	0%	8%	0%	59%	15,37 €	420,83 €
<b>Grand Tot</b>	28%	10%	8%	7%	7%	5%	4%	4%	3%	2%	80%	11,89 €	379,04 €
	812,55	1008,583	786,51	995,17	671,195	603,89	0	812,55	730,1497	1008,583			

ET08	ET14	ET11	ET12	ET13	ETrsd	ET04	ET09	ET07
36%	13%	16%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
9%	5%	6%	3%	7%	2%	0%	4%	0%
6%	1%	17%	12%	1%	7%	0%	3%	0%
30%	4%	5%	1%	3%	5%	0%	4%	0%
13%	4%	12%	4%	1%	1%	0%	11%	0%
15%	4%	10%	4%	2%	2%	0%	1%	0%
16%	8%	18%	2%	0%	6%	1%	1%	0%
2%	14%	12%	1%	1%	6%	0%	11%	0%
12%	14%	32%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3%	10%	2%	18%	25%	1%	0%	0%	0%
4%	5%	4%	0%	1%	7%	27%	0%	18%
2%	40%	1%	0%	1%	10%	9%	0%	0%
3%	4%	2%	21%	13%	2%	0%	3%	0%
9%	5%	10%	13%	5%	5%	0%	6%	0%
0%	0%	0%	1%	0%	9%	22%	0%	8%
2%	9%	2%	17%	2%	2%	0%	8%	0%
10%	8%	7%	7%	5%	4%	4%	3%	2%

Valor Doente.Ano	Diferencial
11.040 €	10.695,78 €
11.040 €	10.636,89 €
11.040 €	10.645,39 €
11.040 €	10.664,36 €
11.040 €	10.654,36 €
11.040 €	10.631,29 €
11.040 €	10.671,96 €
11.040 €	10.660,02 €
11.040 €	10.674,44 €
11.040 €	10.651,14 €
11.040 €	10.737,23 €



11.040 €	10.692,01 €
11.040 €	10.622,25 €
11.040 €	10.639,73 €
11.040 €	10.787,28 €
11.040 €	10.619,17 €
11.040 €	10.660,96 €